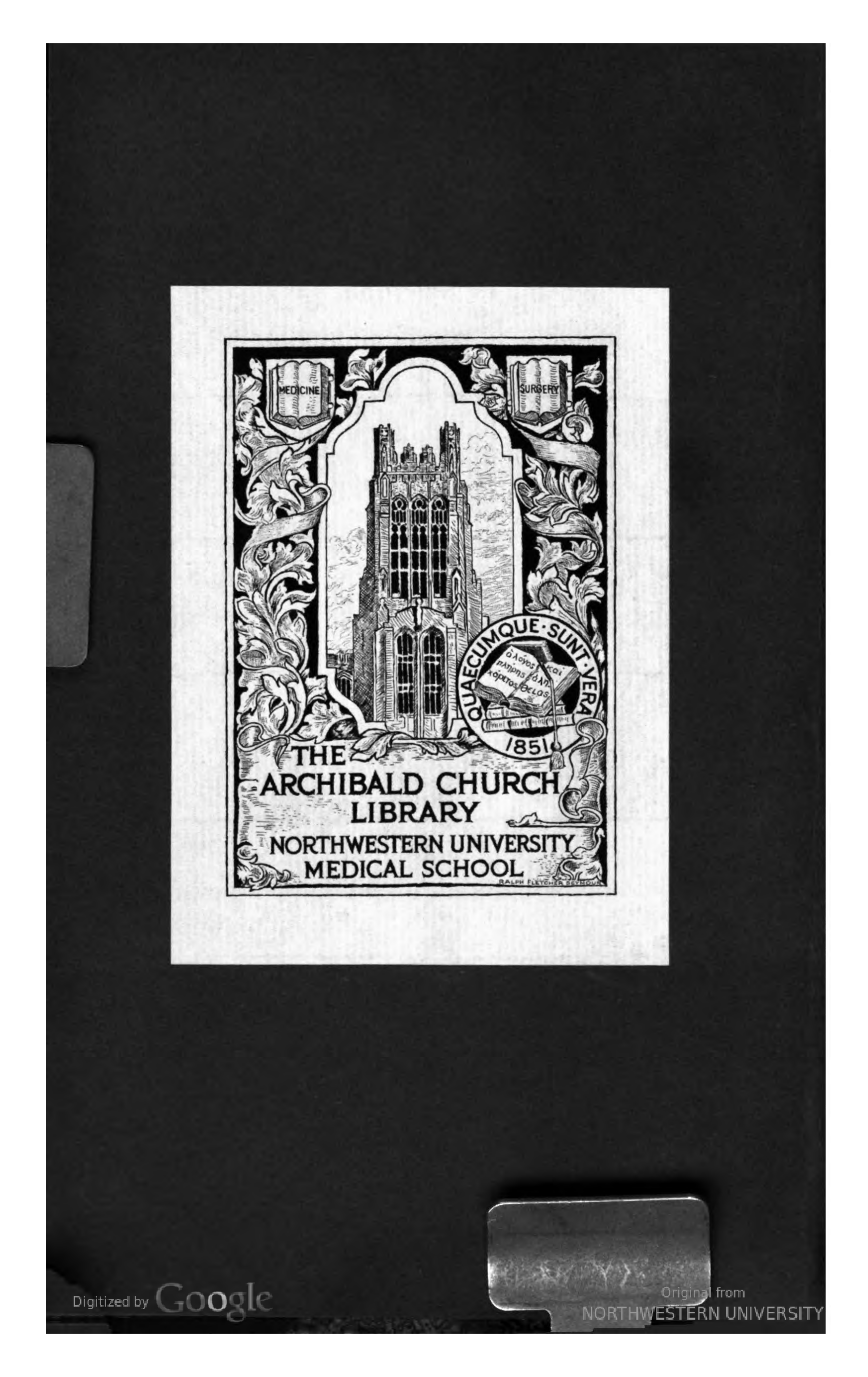
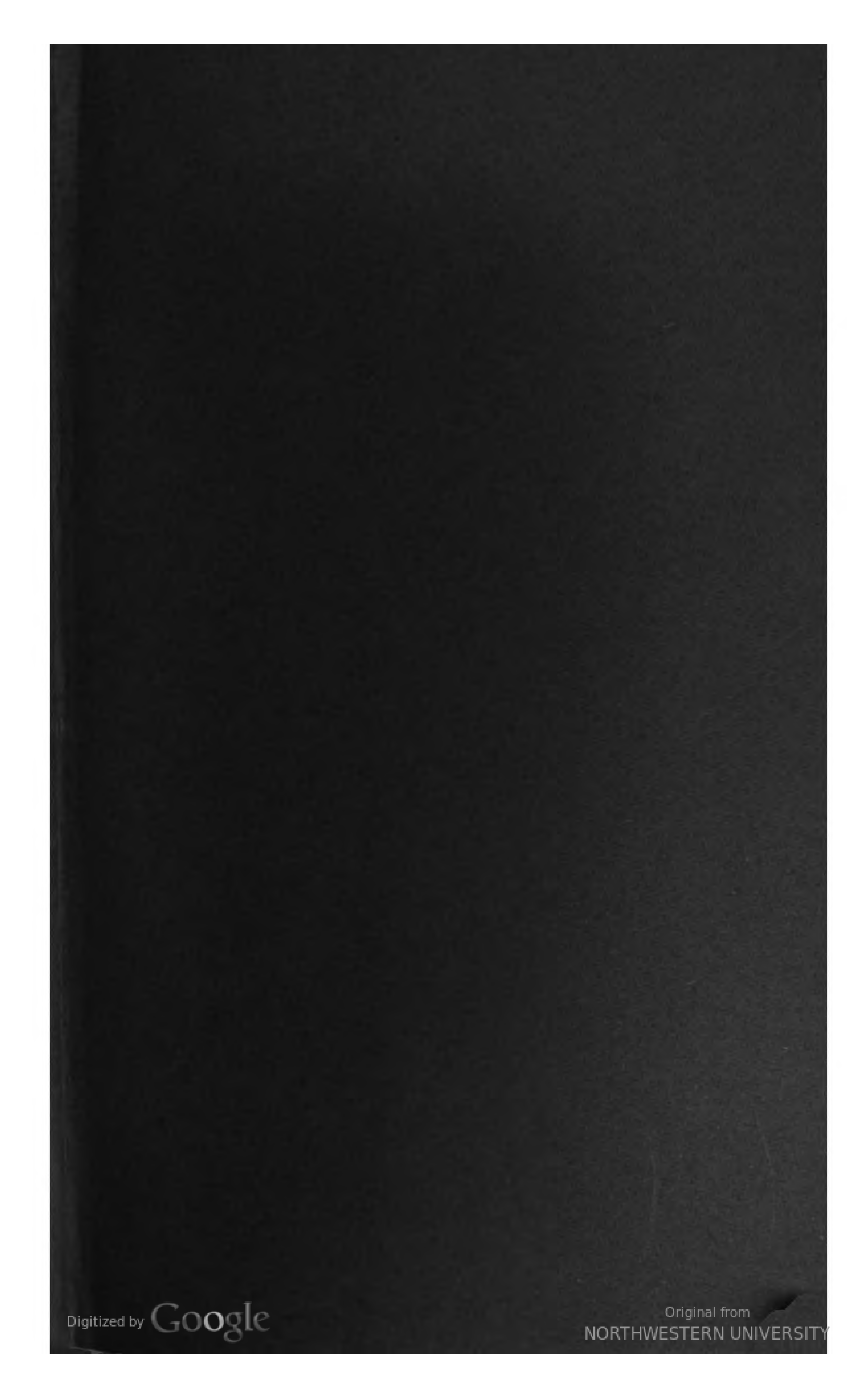


MEDICINE
SURGERY
QUAECUMQUE · SUNT · VERA
1851
THE
ARCHIBALD CHURCH
LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY
MEDICAL SCHOOL
RALPH FLETCHER SEYMOUR





# ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
# PSYCHIATRIE
UND
## PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

**BONHOEFFER** BRESLAU — **CRAMER** GÖTTINGEN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

**HANS LAEHR**
SCHWEIZERHOF

---

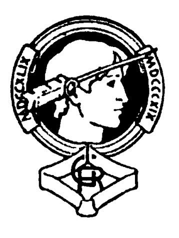
SIEBENUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT

ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1909

REDIGIERT VON

**O. SNELL**
LÜNEBURG



BERLIN

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1910

# Inhalt.

## Erstes Heft.

### Originalien.



### Kleinere Mitteilungen.



---

## Zweites Heft.

### Originalien.





## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





## Kleinere Mitteilungen.



---

# Drittes Heft.

## Originalien.



## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



## Kleinere Mitteilungen.





---

## Viertes Heft.

### Originalien.



### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





## Kleinere Mitteilungen.



---

# Fünftes Heft.

## Originalien.



## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





## Kleinere Mitteilungen.



---

# Sechstes Heft.

## Originalien.



## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.





## Kleinere Mitteilungen.







# Blutdruckmessungen an Geisteskranken.[1])

Von

Dr. **W. Morgenthaler,** Assistenzarzt.

Mit fieberhaftem Eifer wird gegenwärtig an der Erforschung der Zirkulationsverhältnisse gearbeitet, und zwar ist es hauptsächlich der periphere Faktor, das Verhalten der Gefäße und ihres Kreislaufes, dem man in der letzten Zeit ganz besondere Aufmerksamkeit zuwendet. Nachdem hier lange Zeit der Puls und die Sphygmographie die erste Stelle eingenommen hatten, hat nun der Blutdruck und die Sphygmomanometrie immer mehr an Bedeutung gewonnen. Hier hat man sich anfänglich begnügt, den Blutdruck an verschiedenen peripheren Arterien zu messen und zu registrieren, einen Mittelwert des Gesunden aufzustellen und die Veränderungen bei den verschicdenen Krankheiten, bei körperlicher und geistiger Arbeit, Bädern, Nahrungsaufnahme, Alkoholgenuß, Verabreichung der verschiedensten Arzneimittel usw. usw. zu studieren. Dann ist man noch weiter gegangen und hat versucht, von diesen an peripheren Arterien gefundenen Blutdruckwerten zurückzuschließen auf das Zentrum, d. h. auf die Zirkulationsverhältnisse am Herzen und auf die Zirkulationsgröße überhaupt. *Sahli*, der sich schon durch Verbesserung und Vereinfachung der früheren Methoden und Instrumente große Verdienste erworben hat, bezeichnet es aber als aussichtlos, „aus den sphygmomanometrischen Messungen Rückschlüsse auf die Zirkulationsgröße zu ziehen". Mit seinem Sphygmobolometer hat *Sahli* nun ein Instrument konstruiert, das nicht den Blutdruck, sondern die lebendige Kraft der Pulswelle mißt. Kennt man dann einmal, wenn auch nur relativ, diese lebendige Kraft der Pulswelle, so kann man daraus zurückschließen auf die Kraft

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Waldau, Bern. Prof. Dr. von Speyr.





des Herzens. Es verspricht daher der Ausbau dieser neuen Methode weitere wichtige Aufschlüsse über die Physiologie und Pathologie des Kreislaufes.

Für die Psychiatrie nun wäre es von äußerster Wichtigkeit, wenn man von den Zirkulationsverhältnissen einer Extremität zurückschließen könnte nicht nur auf die Zirkulationsverhältnisse am Herzen, sondern auch auf diejenigen des Gehirns. Hier stößt man aber auf große Schwierigkeiten. Ist doch noch nicht einmal die Kardinalfrage entschieden, nämlich die Frage, ob sich die Gehirngefäße gleich den Gefäßen des übrigen Körpers aktiv verengern und erweitern können, oder ob sie einfach passiv den Veränderungen des Blutdruckes folgen. Es hält nämlich *Kocher*, und mit ihm viele andere, den Nachweis von Gefäßnerven im Gehirn für absolut nicht erbracht; daher neigt er der Ansicht zu, der Blutzufluß zum Gehirn werde geregelt durch die Vasomotoren des ganzen übrigen Körpers, indem bei Kontraktion irgendeines größeren Gefäßgebietes mehr Blut zum Gehirn fließe, wodurch hier die Gefäße passiv gedehnt werden und umgekehrt, bei spärlichem Zufluß zum Gehirn, d. h., wenn ein Gefäßgebiet des Körpers sich erweitert, die Gehirngefäße sich wie elastische Schläuche wieder zusammenziehen. In der neuesten Zeit haben sich die Ansichten darüber wieder geändert und zwar hauptsächlich, seitdem durch die Untersuchungen von *Müller* und *Siebeck* (zitiert nach *Tigerstedt*, Lehrbuch IV. Aufl. 1907) im Halssympathicus gefäßverengernde Nerven für das Gehirn nachgewiesen worden sind. Bevor noch solche Hauptfragen, wie die soeben besprochene, endgültig gelöst sind, ist es natürlich verfrüht, Blutdruckmessungen an Geisteskranken vorzunehmen mit der Absicht, zu untersuchen, ob und was für Zirkulationsstörungen im Gehirn der verschiedenen geisteskranken Individuen vorkommen.

Die Psychiatrie steht also in bezug auf Blutdruck und Blutdruckmessungen erst da, wo die innere Medizin schon vor mehreren Jahren stand: man kann von den Blutdruck- und Zirkulationsverhältnissen der Peripherie noch nicht zurückschließen auf diejenigen des Zentralorganes, des Gehirns (wie die innere Medizin dies beim Herzen nun bereits kann), sondern man muß sich vorläufig begnügen, den Blutdruck an der Peripherie bei den verschiedenen Geisteskrankheiten und in den verschiedenen Stadien ein und derselben Krankheit mög-

lichst genau zu studieren. Es handelt sich hier also einstweilen noch mehr um eine Sammelarbeit, eine Feststellung von Tatsachen.

Solche Arbeiten sind nun allerdings schon verschiedene, zum Teil sehr genaue und interessante, erschienen. In vielen Punkten gehen aber die Ansichten der Autoren weit auseinander oder stehen sich sogar direkt gegenüber.

Auf Anregung meines Chefs, des Herrn Prof. *von Speyr*, habe ich es nun unternommen, die Ansichten der verschiedenen Autoren über den Blutdruck bei Geisteskranken miteinander zu vergleichen und ihre Resultate durch eigene sphygmomanometrische Messungen an Kranken der kantonalen Irrenanstalt Waldau zu bestätigen, zu widerlegen, zu korrigieren und zu vervollständigen.

## Technisches.

Die Messungen wurden ausgeführt mit dem Sphygmomanometer von *Riva-Rocci*, modifiziert nach *Sahli*.

Der Apparat besteht aus:

a) einer nach den Angaben von Professor *Sahli* angefertigten 6 cm breiten Manschette aus einem mit Kautschuk imprägnierten Stoff. Dieselbe ist nicht dehnbar und kann durch einen einfachen Hebel leicht und sicher in jeder beliebigen Weite geschlossen werden;

b) dem Taschenmanometer von *Sahli*. Es ist dies ein U-förmiges, mit Quecksilber gefülltes Glasrohr, auf dessen einen Schenkel ein zweites Glasrohr mit einer Skala aufgesetzt werden kann.

c) einem Gebläse, das durch ein T-Rohr und Kautschukschläuche sowohl mit der Manschette wie mit dem Manometer verbunden ist.

Die Messung wird folgendermaßen ausgeführt: die Manschette wird um die Mitte des Oberarmes gelegt, und zwar so, daß sie überall gut anliegt, ohne aber selbst schon einen Druck auszuüben. Hierauf palpiert man mit der einen Hand den Radialpuls des betreffenden Armes, während man mit der andern das Kautschukgebläse in Bewegung setzt und gleichmäßig Luft einpumpt, bis der Radialpuls nicht mehr gefühlt wird. Die bis zu einer gewissen Höhe getriebene Quecksilbersäule wird nun nochmals um ein paar Millimeter höher getrieben. Dann hört man auf, Luft einzupumpen, und wartet, das Auge auf das Manometer gerichtet und die Hand an der Radialis,





ruhig ab, bis durch Entweichen geringer Luftmengen der Druck in Manschette und Manometer so weit gesunken ist, daß die erste Pulswelle wieder gefühlt wird. In diesem Moment liest man den Druck am Manometer ab und hat so den gesuchten Blutdruck. Dabei ist noch besonders zu beachten, daß

a) der Arm so gehalten wird, daß die Manschette sich in der Höhe des Herzens befindet, da sonst der hydrostatische Druck die Resultate verändert, und

b) die Versuchsperson immer in der gleichen Stellung gemessen wird, da der Blutdruck im Stehen, Sitzen und Liegen nicht ganz der gleiche ist.

Diese letztere Bedingung konnte ich leider bei unserem Krankenmaterial nicht immer erfüllen, da verschiedene Patienten, die ich sonst sitzend gemessen hatte, während der Beobachtungszeit für kürzere oder längere Perioden das Bett hüten mußten. Der Fehler, der dadurch entstand, scheint allerdings ein ganz geringer zu sein (3 bis 4 mm), besonders da ich die Patienten, wenn sie im Bett waren, aufsitzen und vor der Messung mehrere Minuten in dieser Stellung verharren ließ. In den Tabellen ist übrigens immer vermerkt, wann die betreffenden Patienten im Bett und wann außerhalb desselben gemessen wurden (über den Einfluß der Bettruhe s. S. 18).

Daß durch ein solches Verfahren natürlich nie der absolute Druck in der Arteria brachialis gemessen werden kann, ist klar. Es ist dies aber auch gar nicht nötig. Vergleichswerte genügen für unsern Zweck vollkommen. Übrigens sind gerade beim Apparat *Riva-Rocci-Sahli* die Fehler in dieser Beziehung ganz gering, da nach *Sahli* die Fehler sich teilweise aufheben. Es sei z. B. der Einfluß der Weichteile, der die Werte etwas erhöht, ungefähr umgekehrt gleich dem die Pulswelle schwächenden Einfluß der Manschette. Auch *Masing* fand die dem Apparat selbst anhaftenden Fehlerquellen sozusagen gleich Null. Höchstens der variable Elastizitätsfehler bedinge etwelche Verzerrung der Schwankungen; aber es mache z. B. nichts aus, wenn schon die Manschette nicht immer genau an der gleichen Stelle umgelegt werde, wenn sie etwas fester oder etwas lockerer angezogen werde usw. Auch ich habe keine Unterschiede bemerkt, die ich auf solche technische Fehler hätte zurückführen können, sondern habe im Gegenteil den Apparat für meine Zwecke hinreichend genau gefunden.





Zwei Nachteile hat der Apparat immerhin, die gerade bei meinen Versuchen oft störend ins Gewicht fielen. Es sind dies aber nicht Fehler der Ausführung, sondern Fehler des Prinzips, nämlich:

1. kann man die Manschette nicht längere Zeit aufgeblasen am Arm lassen, da venöse Stauung eintritt und die Versuchspersonen über Schmerzen klagen, dies aber sofort, wie wir später sehen werden, die Resultate ändert;

2. kann man gar nicht die Blutdruckschwankungen direkt messen, sondern muß jeweilen zuerst so viel Luft einpumpen, bis der Puls an der Radialis verschwunden ist, und dann warten, bis er wieder erscheint. Dies nimmt relativ viel Zeit weg und macht es, wenn nicht ganz unmöglich, doch sehr schwierig, die feineren plötzlichen Schwankungen genau zu messen, und wenn man auch einen differenten Wert bekommt, so ist man erst noch gar nicht sicher, ob man nun das Maximum der Druckveränderung gefunden hat, oder ob es nicht nur ein Punkt im auf- oder absteigenden Schenkel ist.

Ad 1. Beim ersten Punkt half ich mir, indem ich von Zeit zu Zeit Pausen einschob, in denen ich schnell die Luft aus der Manschette entweichen ließ, um dann nach einer halben bis einer Minute wieder von neuem einzupumpen. Um das Entweichenlassen der Luft schnell und sicher ausführen zu können, habe ich in den Verlauf eines der Schläuche einen T-Hahn eingeschaltet, was sich als eine sehr bequeme Einrichtung erwies.

Ad 2. Am zweiten Punkt war natürlich bei dem einmal gewählten Apparat nichts zu ändern. Ich konnte höchstens die Luft so schnell als möglich einpumpen und zugleich den Druck so wenig als möglich über den Maximalpunkt, d. h. den Punkt, bei dem der Radialpuls verschwindet, emporsteigen lassen.

Auf eine Erscheinung muß ich hier noch aufmerksam machen: ich fand nämlich sozusagen immer bei zwei kurz aufeinanderfolgenden Messungen den Punkt, wo beim Lufteinpumpen der Puls verschwindet, nicht gleich demjenigen, wo er, wenn die Luft entweicht, wieder erscheint, und zwar war bei steigendem Manometer der Wert immer ein höherer als bei sinkendem. *Masing*, der das Gleiche auch beobachtet hat, meint, es sei, wenn die Arterie einmal komprimiert sei, dann zur Wegbahnung ein gewisser Überdruck erforderlich. Es ist ganz gut möglich, sogar wahrscheinlich, daß dies etwas ausmacht, doch kommen

sicher noch andere Punkte in Betracht, von denen ich hier drei anführen möchte:

1. die Kautschukbestandteile des Apparates werden beim Lufteinpumpen etwas ausgedehnt, ziehen sich bei sinkendem Druck aber dann nicht so prompt wieder zusammen;

2. ist es ein ganz gewöhnlicher Beobachtungsfehler, daß beim Verschwinden der Puls länger gefühlt wird als beim Wiedererscheinen, so wie man auch eine Uhr auf viel größere Distanz noch hört, wenn man sie nach und nach vom Ohr entfernt, als wenn man damit aus der Ferne näherkommt; und

3. kann unter Umständen noch ein weiterer Punkt dazu kommen; es kann nämlich zwischen der ersten und der zweiten Messung der Blutdruck sich ändern. Dies geht aus folgendem hervor: Ich fand den Druck bei steigendem Manometer immer etwa 2 bis 4, höchstens 5 mm höher als bei sinkendem. Bei drei Fällen war aber die Differenz eine viel größere, nämlich:

| | Steigend | Fallend |
|---|---|---|
| I. | 160 | 140 |
| II. | 145 | 125 |
| III. | 160 | 145. |

I und II sind Epileptiker, gemessen kurz nach einem Anfall, wo, wie wir später sehen werden, der Blutdruck sehr labil ist, und III ist eine alte Dementia praecox (70jähriger Kaufmann), die sehr starke plötzliche Blutdruckschwankungen zeigt (s. Kurve Nr. 22). Es ist daher die große Differenz in diesen drei Fällen wohl nur so zu erklären, daß der Blutdruck zwischen der ersten und der zweiten Messung gesunken ist.

Um also einheitliche Resultate zu erhalten, muß man die Werte entweder alle bei steigender oder aber bei sinkender Quecksilbersäule ablesen. Die Resultate dieser Arbeit basieren alle auf Werten, die gefunden wurden nach der letzteren Methode (sinkende Quecksilbersäule.)

Die initialen Schwankungen: In sehr vielen Fällen ergibt die erste Messung einen andern Wert als die folgenden, und zwar meist einen höheren, selten einen etwas tieferen. Die allererste Messung (wenn den Leuten die Manschette überhaupt zum ersten Mal umgelegt wird) ergibt meist höhere und langsamer abfallende Werte als die ersten Messungen an den folgenden Tagen, z. B.:



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Oktober ....... | 175 | 165 | 145 | 150 | 150 |
| 6. Oktober ....... | 150 | 145 | 145. | | |

In der Literatur fand ich dieses Phänomen mehrfach erwähnt: *Pilcz* findet bei Nervösen meist die erste Messung höher als die darauffolgenden, wegen der Aufregung der Untersuchung. *Rosse*-Lichtenberg hält bei fast allen Personen die erste Messung nicht für verwertbar, da hier der Blutdruck um 10, 20 und mehr Millimeter höher sei. *Geisböck* hat beobachtet, daß die psychische Erregung, besonders bei Nervösen, vorübergehende Blutdrucksteigerung verursacht. *Kiesow* glaubt, daß nicht die geistige Anstrengung, die Aufmerksamkeit oder die Empfindung den Blutdruck verändern, sondern die Gefühle und Affekte, und zwar komme in der Druckkurve nicht das Gefühl der Lust, sondern nur dasjenige der Unlust zum Ausdruck. *Kapsamer* sieht die Ursache der verschiedenen Werte des Blutdruckes ebenfalls in Alterationen der Psyche und schließt daraus, daß die niedrigsten Werte am ehesten dem normalen Blutdruck entsprechen; setze man also die Erregbarkeit der Hirnrinde herab oder schalte sie ganz aus (z. B. durch Narkose), so sei man sicher, den normalen Blutdruck zu messen. Und endlich fand *Alter* „die ersten Blutdruckbestimmungen höchstens bei ganz uninteressierten Individuen — und auch da nur mit Vorsicht — verwertbar. Denn jedes lebhaftere Achtgeben, jede stärkere Teilnahme an der Messung fälscht die Resultate. Daher lassen sich aus ihren Ergebnissen erst dann verpflichtende Schlüsse ziehen, wenn die Blutdruckbestimmung für den Kranken eine gleichgültige Gewohnheitsache geworden ist. Das dauert nicht selten tagclang, bei manchen Kranken erreicht man es überhaupt nicht“.

Bei differierenden, aufeinanderfolgenden Werten nahm *Alter* immer die Mittelwerte. Ich habe im Gegenteil immer den l e t z t e n W e r t als den richtigeren angenommen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Wenn die ersten Werte gegenüber den folgenden e r h ö h t sind, so nehmen alle soeben zitierten Autoren eine psychologische Ursache der Erhöhung an, und es ist zum mindesten sehr wahrscheinlich, daß die Neugierde, die „Spannung“ bei der ersten Messung die Ursache dieser Erscheinung ist. Daher ist es auch ganz logisch, daß man nicht die ersten Werte in Betracht zieht, sondern erst spätere, d. h. erst solche, von denen wenigstens zwei aufeinanderfolgende auf der gleichen Höhe geblieben sind.



2. Aber auch in den wenigen Fällen, wo die ersten Werte tiefer waren als die folgenden, hielt ich es für richtig, die ersten Werte nicht in Betracht zu ziehen. Ich will ja bei diesen Blutdruckmessungen an Geisteskranken den Blutdruck messen, wie er ist bei dem jeweiligen psychischen Zustande des Patienten. Dieser Zustand ist aber sicher in den ersten Sekunden der Messung mehr alteriert als später. Wenn z. B. tief Deprimierte oder Leute mit Angst, mit einem sehr hohen Blutdruck durch die Prozedur der Messung momentan von ihren Affekten etwas abgelenkt werden, so sinkt der Blutdruck ein wenig; aber schon nach kurzer Zeit überfällt sie die Depression und die Angst mit unverminderter Stärke wieder, und parallel damit steigt dann auch der Blutdruck. Da ich aber feststellen will, wie sich der Blutdruck bei Depression, Angst usw. verhält, so sind also auch hier die letzten Werte die richtigeren.

Von dieser Regel, immer die letzten Werte in Betracht zu ziehen, machte ich nun allerdings eine Ausnahme. Wenn man nämlich die Manschette aufgeblasen am Arm läßt, so entsteht je nach der Sensibilität der Patienten nach kürzerer oder längerer Zeit ein unbequemes Gefühl der Spannung im Arm, „wie wenn der Arm einschlafen wollte", oft aber empfinden die Kranken auch direkt Schmerz. Unlustgefühle und Schmerz steigern nun aber den Blutdruck, und daher wäre es verfehlt, wenn man in diesem Falle die letzten Werte in Betracht ziehen wollte.

Beispiel: Ein manisch-depressives Fräulein im Beginn der Depression zeigte eines Morgens folgende Werte:

130 130 130 135 140.

Die einzelnen Messungen waren in einer Aufeinanderfolge von etwa 25 Sekunden erfolgt. Die Patientin schien ganz ruhig zu sein, und auch sonst fand ich keinen Grund für das Ansteigen der zwei letzten Werte. Nachher antwortete mir die Kranke aber dann auf die Frage, ob es wehe getan habe, die sie sonst immer verneint hatte: „Ja, gegen Ende ein wenig."

Sehr interessant ist endlich noch die Tatsache, daß diese initialen Schwankungen nicht nur abhängen von Veränderungen der Psyche, sondern auch von rein mechanischen Faktoren, nämlich vom Kontraktionszustand bzw. der Schlaffheit der Gefäßwände, und zwar so, daß bei niedrigem Blutdruck die initialen Schwan-



kungen viel häufiger und größer sind als bei hohem. Die folgende Tabelle, die dies beweisen soll, zeigt die Werte von 5 (nicht aufeinanderfolgenden) Tagen, und zwar Messungen an 18 verschiedenen Personen (5 Alkoholiker, 4 Melancholien, 3 Epilepsien, 3 Paralysen, 2 manisch Depressive, eine Dementia praecox).

| Tag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| A | 134,2 | 142,5 | 146,6 | 147,2 | 152,5 |
| B | 60 | 55 | 35 | 30 | 10 |

A: Durchschnittswert aus den 18 Messungen des betreffenden Tages.
B: Summe aller Differenzen zwischen der ersten und den folgenden Messungen am gleichen Tage (von denselben 18 Patienten).

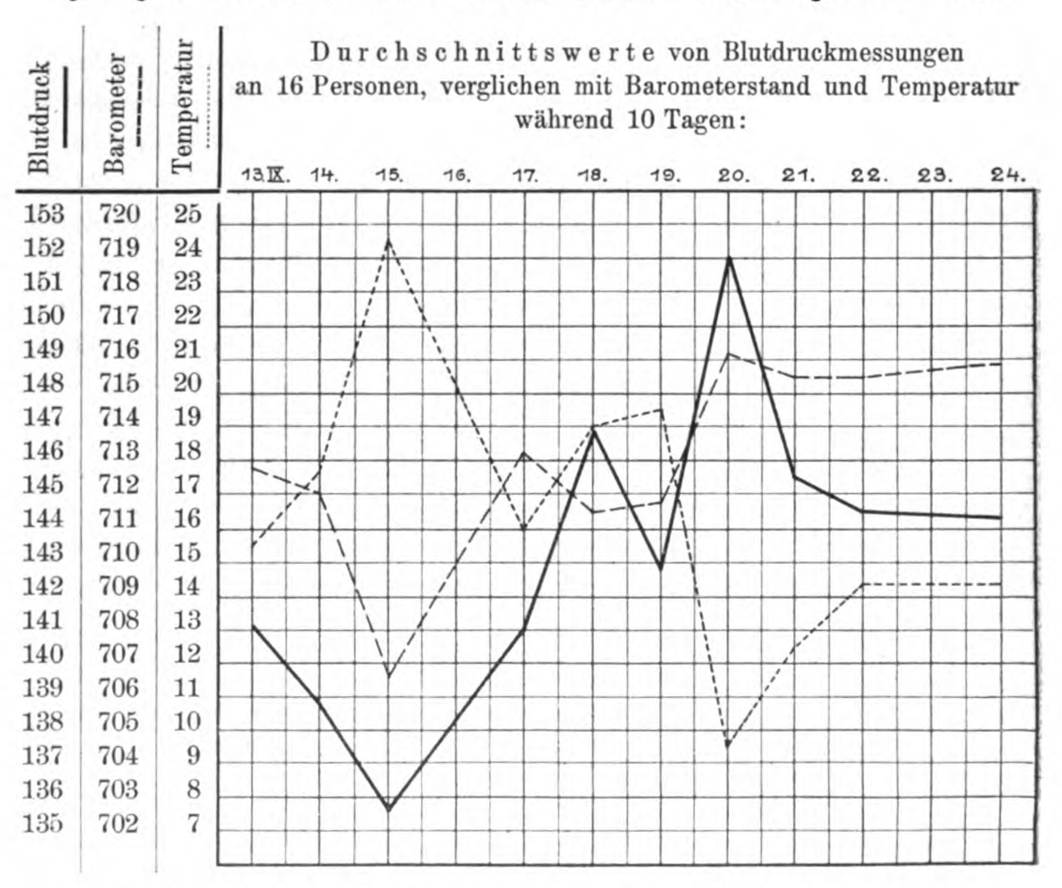
Hier muß nun noch die Einwirkung von Temperatur und Luftdruck auf den Blutdruck erwähnt werden: *Mosso* fand, daß der Luftdruck kaum auf den Blutdruck einwirke; bei einem Hunde unter dem Rezipienten wich nämlich der Blutdruck selbst bei einer Erniedrigung des Luftdruckes auf 128 mm nur wenig von der Norm ab. Dagegen fand *Alter*, daß sich „ein Wechsel der Außentemperatur sehr entschieden geltend" mache in bezug auf den Blutdruck, auch fand er wiederholt „ganz auffallende Parallelen und Kontraste zwischen Blutdruck und Luftdruck". Er fand, daß „der Blutdruck der Außentemperatur im allgemeinen direkt parallel geht", daß aber „Blutdruck und Luftdruck im Kontrast" sind, „da, wo überhaupt derartige Beziehungen existieren. Für gewöhnlich fehlen sie, aber unter pathologischen Bedingungen dürften sie häufiger stattfinden als unter normalen." In seinen beigegebenen Kurven sind nun wirklich einige, bei denen Blutdruck und Luftdruck deutlich konträr gehen (Kurve 13 und 19), andere, die meisten, lassen keine Gesetzmäßigkeit zwischen den beiden Faktoren erkennen, und eine (Nr. 16) zeigt sogar den schönsten Parallelismus zwischen Blutdruck und Luftdruck.

Um diese Frage zu lösen, habe ich eine Reihe von Personen täglich zwischen 3 und 5 Uhr nachmittags gemessen. Herr Professor *Forster*, Direktor des berner meteorologischen Observatoriums, war dann so freundlich, mir den Barometer- und Thermometerstand der betreffenden Tage, gemessen jeweilen nachmittags 4 Uhr, zu überlassen. Beim Vergleichen dieser Temperatur- und Luftdruckkurven mit den einzelnen Blutdruckkurven konnte man aber mit dem besten Willen keine gesetzmäßigen Beziehungen, weder Parallelismus noch Kontrast, heraus-



finden. Wenn man nun aber die Blutdruckwerte der einzelnen Tage von den individuellen Einflüssen befreit oder doch diese möglichst abschwächt, so treten dann die klimatischen Einflüsse ganz deutlich hervor.

Ich habe diese Befreiung von individuellen Momenten versucht, indem ich eine Durchschnittskurve von einer größeren Anzahl von Individuen konstruiert habe; ich habe nämlich von 16 Personen (5 Paralytiker, 5 Alkoholiker, 1 Epileptiker, 2 manisch Depressive, 2 Melancholien und 1 Dementia praecox) die jeweiligen Werte eines Tages addiert, den Durchschnitt daraus genommen und diesen eingetragen. Aufs deutlichste sieht man nun, wie im allgemeinen der




Blutdruck dem Luftdruck parallel und der Temperatur umgekehrt parallel verläuft.

Die Gründe, warum am 18. Septemer eine so auffallende Abweichung von dieser Regel stattfindet, habe ich bis jetzt nicht heraus-

finden können. An den übrigen 9 Tagen ist aber die Gesetzmäßigkeit evident.

Die meisten Autoren machen Angaben über den normalen Blutdruck am Gesunden, die aber untereinander ziemlich sark differieren. Mit dem Apparat von *Riva-Rocci-Sahli* fand:

| | |
|---|---|
| *Sahli*, IV. Aufl., normalen Blutdruck .... | 150—160 mm |
| *Sahli*, V. Aufl., normalen Blutdruck ..... | 140—150 „ |
| *Schilling*, normalen Blutdruck .......... | 110—125 „ |
| *Masing*, normalen Blutdruck ........... | 135—140 „ |
| *Müller* (Manschette 5 cm breit) ......... | 140—150 „ |
| *Müller* (Manschette 15 cm breit) ........ | 105—115 „ |

Bei 30 Messungen an gesunden Wärtern fand ich Werte von 130 bis 175 mm mit einem Durchschnitt von 145 mm.

Diese Zahlenangaben sind, wenigstens für meine Zwecke, nicht von großem Belang. Es hat nicht nur jeder normale Mensch seinen eigenen individuellen Durchschnittswert, sondern auch die Labilität des Blutdruckes ist individuell verschieden. Bei ruhigen, apathischen Naturen z. B. bedeuten Schwankungen von 5 mm so viel oder mehr als solche von 15 bis 20 mm bei sensiblen, leicht erregbaren.

Wohl der größte Teil der Literatur über den Blutdruck bezieht sich auf das Verhalten desselben bei körperlichen Krankheiten. Auf einiges (Arteriosklerose, Herzkrankheiten usw.) werde ich später gelegentlich zurückkommen. Im übrigen kann ich mich mit diesem interessanten Kapitel nicht eingehender beschäftigen, sondern muß einfach auf die mir bekannten Arbeiten von *Sahli*, *Buttermann*, *Schüle*, *Neisser*, *Gross*, *Lévy*, *Krehl*, *Gennari*, *Bosc et Vedel*, *Gottlieb*, *Kluge*, *Hayashi* und *Moritz* verweisen.

## Blutdruckmessungen an Geisteskranken.

### A. Einzelmessungen.

Im ganzen wurden etwas über 2400 Messungen vorgenommen.

So quasi als Vorversuch ging ich jeden Nachmittag auf die Männerabteilung und nahm dort ganz wahllos an jedem, der sich überhaupt messen ließ, eine Blutdruckmessung vor. Dann ordnete ich die gefundenen Werte nach den klinischen Krankheitsbildern und nahm den Durchschnitt der Blutdruckwerte der betreffenden Gruppen. So

maß ich 73 Männer. *Alter* fand bei Psychopathen den peripheren Blutdruck oft ganz abnorm hoch oder niedrig. Ebenso fand *Ziehen* sehr oft Störungen der Innervation von Herz und Arterien bei Geisteskranken; sowohl arterieller Gefäßkrampf wie Gefäßparese könne bei jeder Psychose einmal vorkommen. Er hält die genaue Beobachtung des Kontraktionszustandes der peripheren Arterien für sehr wichtig, weil er bei manchen Psychosen einen vorzüglichen Maßstab für die Krankheitsintensität abgebe, und auch, weil er manche therapeutische Indikationen an die Hand gebe.

Auch ich fand bei Geisteskranken die Grenzwerte sehr weit auseinanderliegend: 90 und 195 mm (daß diese Werte beide bei der Dementia praecox simplex vorkommen, ist wohl ein zufälliger Befund). Im übrigen ergibt aber die folgende Tabelle keine Anhaltspunkte dafür, daß sich bestimmte klinische Krankheitsbilder etwa durch einen konstant abnorm hohen oder niedrigen Blutdruck auszeichnen.

| | Anzahl | Niedrigster Wert | Höchster Wert | Durchschnitt |
|---|---|---|---|---|
| 1. Dement. congenit. .......... | 4 | 125 | 140 | 133,75 |
| 2. Dement. praec. simpl. ...... | 18 | 90 | 195 | 140,00 |
| 3. Dement. praec. paranoid. ... | 17 | 105 | 185 | 134,82 |
| 4. Dement. praec. kataton. .... | 12 | 130 | 158 | 142,33 |
| 5. Alkohol. Dement. .......... | 4 | 125 | 170 | 140,00 |
| 6. Alkohol. Paranoia .......... | 4 | 138 | 185 | 153,25 |
| 7. Alkohol. *Korssakow* ......... | 2 | 116 | 142 | 129,00 |
| 8. Paranoia .................. | 2 | 115 | 145 | 130,00 |
| 9. Dement. paralyt. ........... | 5 | 125 | 150 | 137,20 |
| 10. Epilepsie ................. | 5 | 120 | 142 | 135,40 |

## B. Messungen während längerer Zeit.

Nun wählte ich eine Anzahl Fälle aus, bei denen ich durch längere Zeit jeden Nachmittag Blutdruckmessungen in der anfangs beschriebenen Weise vornahm.

Ich wandte meine Aufmerksamkeit zunächst der Melancholie zu, die in der Literatur weitaus am meisten Beachtung findet.

*Pilcz* fand bei derselben immer hohe Werte, und zwar: a) bei den einfach depressiven Formen Werte gleich den höchsten normalen oder etwas höhere, b) ebenso bei Angstzuständen in anfallfreier Zeit, oder wenn sie mit Opium beruhigt waren; bei Angstparoxismus aber die höch-



sten Werte, die bei Psychosen überhaupt gefunden werden. *Rosse* fand den Blutdruck bei der Angst von Melancholischen (und Hysterischen) erhöht. Ebenso steigt nach *Cramer* bei der Angst der Melancholischen der Blutdruck im Verhältnis zur Angst; bei der Melancholie im ganzen sei dies nicht sicher. Bei der Angst finde in großen Körpergebieten eine Gefäßkontraktion statt. A. a. O. findet *Cramer* in den angstfreien Intervallen der Melancholie oft auffallend niedrige Werte; er führt dies zurück auf den reduzierten Ernährungszustand. *Alexander* findet den Blutdruck bei Melancholie wechselnd: bei akuten Formen immer höher als normal. *Craig* findet ebenfalls bei Depressionen hohen Blutdruck, bei agitierter Melancholie aber verschiedene Resultate, bei sehr großer Rastlosigkeit oft sogar ziemlich tiefe Werte. Er sieht die Ursache der Depression geradezu in der Blutdruckerhöhung, und diese selbst führt er wieder zurück auf die bei Melancholikern häufige Obstipation; es würden nämlich durch Anhäufung von Fäkalien im Darm sensible Nerven gereizt; bei Reizung sensibler Nerven steigt aber nachweisbar der Blutdruck. *C.* zieht auch die Konsequenz daraus und will durch milde Abführmittel die Depression heben — d. h. er erzählt, wie Prof. *Albutt* einige Fälle von seniler Plethora mit Depression und Schlaflosigkeit mit Laxantien („laxanties and salines") geheilt habe. *Albrecht* glaubt ebenfalls, daß die vasomotorischen Innervationsanomalien beim depressiven Affekt und bei der Melancholie eine hervorragende vermittelnde Rolle spielen, ja, daß die Gefäßkonstriktion direkt die Ursache der Angst und der Ernährungsstörungen der Melancholischen sei. So würden im Klimakterium durch die physiologischen Rückbildungsvorgänge an den Genitalien allerlei Reize ausgelöst, die dann leicht, wenn die übrigen Bedingungen gegeben sind, zu einer zentralen Neurose der Gefäßnerven mit Spasmus und konsekutiver Ernährungsstörung (d. h. den körperlichen Erscheinungen der Melancholie) führe. Auch *Dunton* fand den Blutdruck in der Depression erhöht. *Ziehen* findet bei der Melancholie die peripheren Arterien meist stark kontrahiert und den Blutdruck gesteigert, proportional den Angstaffekten. Doch sieht er die vasomotorischen Veränderungen nicht als die Ursache der Angst an, sondern es sei im Gegenteil die Angst, die die periphere Gefäßkontraktion bewirke; diese letztere verursache allerdings dann qualvolle Empfindungen und vermehre dadurch sekundär die Angst wieder. *Alter* hingegen greift wieder zurück und schreibt den Hämorrhoiden, der chronischen Obstipation usw. einen durch die Blutsteigerung vermittelten Einfluß auf die Depression zu; auch spiele die physiologische Erhöhung des Gefäßtonus im Alter oder gar eine okkulte Arteriosklerose eine Rolle dabei. Einen ganz abweichenden Standpunkt nimmt *Kocher* ein, der bei Angst venöse Hyperämie im Splanchnikusgebiet durch paralytische Gefäßdilatation gefunden hat; *Hill* empfehle dagegen einen festen Leibgurt.

Was nun meine eigenen Resultate betrifft, so möchte ich gerade zu Anfang bemerken, daß ich bei weitem nicht in allen Fällen der



„klassischen“ Melancholie einen abnorm hohen Blutdruck gefunden habe, wohl aber auch in vielen depressiven Zuständen im Verlauf anderer Psychosen.

Der Begriff der „klassischen“ Melancholie ist nun allerdings in der neuesten Zeit ein sehr schwankender geworden. *Walker* z. B. kommt zum Schluß, daß es „nicht gerechtfertigt ist — die Melancholie als eine ausschließliche Erkrankung des Rückbildungsalters aufzufassen“, sondern daß „Manien, periodisch-zirkuläre Psychosen manischer und depressiver Natur ebenfalls recht häufig im Rückbildungsalter vorkommen“. *Dreyfus* kommt zu ähnlichen Resultaten und zieht dann die Konsequenz daraus, indem er „die von *Kraepelin* geschilderte Melancholie“ als ein „Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins“ angesehen wissen will. *Kraepelin* selbst gibt dann (im Vorwort zur Studie von *Dreyfus*) der alten Melancholie vollends den Todesstoß durch die Prophezeiung, daß „das alte klinische Bild der Melancholie — voraussichtlich als Krankheitsform gänzlich verschwinden“ werde. Prof. *von Speyr* (mündliche Mitteilung) ist prinzipiell mit diesen neuen Anschauungen einverstanden, glaubt aber doch, daß die Depressionen im Rückbildungsalter sich sehr oft durch deutlicheres Hervortreten von Angstzuständen von den andern unterscheiden.

Wenn ich hier noch die alte Einteilung beibehalte, so geschieht dies hauptsächlich, damit ich meine Resultate besser mit der bisherigen Literatur vergleichen kann und auch, weil zu Beginn meiner Messungen (vor etwa 2½ Jahren) die unten angeführten Fälle noch als richtige Melancholien gegolten haben. Man wird aber bei mehr als einem dieser Fälle deutlich zirkuläre Züge bemerken.

Kurve Nr. 1: Frau St., 57jährige Landarbeiterin, bei der der Höhepunkt der Depression schon überschritten ist. Die Suizidideen sind verschwunden, es besteht Krankheitseinsicht, Patientin ist ordentlich, geduldig, fleißig, aber immer noch still und traurig. Der Durchschnitt von dreiwöchigen täglichen Messungen war 145,7 mm, die Grenzwerte 125 und 155 mm. Eine Ausnahme mit 170 und 185 mm machen zwei Tage, an denen Patientin starke rheumatische Rückenschmerzen hatte, im Bett blieb und Natr. salicyl. erhielt. (Dies ist gerade ein solcher Fall, bei dem die einzelne Depression durchaus den Eindruck einer einfachen Melancholie im Rückbildungsalter macht. In Wirklichkeit ist es aber, wie sich erst nachträglich herausgestellt hat, eine manisch-depressive Psychose, die z. B. schon mit 38 Jahren eine Depression und mit 39 Jahren eine Manie durchgemacht hat).

Kurve Nr. 2: Frau M., 42 jährige Witwe, Bahnwärterin; Menses seit 1½ Jahren verloren. Ebenfalls in Rekonvaleszenz, ruhig, still und



traurig, etwas gehemmt, arbeitsam. Blutdruckwerte zwischen 110 und 145 mm; Durchschnitt 122 mm.

Kurve Nr. 3: Frau H., 54jährige Hausfrau; sehr schlecht genährt (sehr dünne Arme), Tuberkulose (starb ein Jahr nachher an Phthisis pulmonum). Hat eine Menge Wahnideen und Stimmen, verkehrt mit Geistern; mißtrauisch, oft verstimmt und gereizt; arbeitet etwas. Die Blutdruckwerte bewegen sich zwischen 130 und 185 mm; Durchschnitt 159,5 mm.

Kurve Nr. 4: Frau Z., 58jährige Hausfrau. Schon vor 20 Jahren Depression; wurde damals als geheilt entlassen. Jetzt seit zwei Jahren in der Anstalt. Hatte beim ersten Aufenthalt in der Anstalt eine puerperale Metritis, gegenwärtig eine Retroversio-flexio uteri. Zurzeit schwankt ihre Gemütslage ziemlich stark. Meistens ist sie unruhig, ängstlich, oft auch gereizt, grob und aggressiv; sie schimpft dann, flucht, hat oft Streit mit den andern, ist überhaupt eher zornig als deprimiert. Dazwischen kommen dann wieder Tage, wo sie ruhiger ist und mehr eine gewisse Ängstlichkeit zeigt. Sie hat konstant eine Menge Wahnideen, negiert alles, es sei keine Welt mehr, keine Luft, kein Leben usw. Die Blutdruckkurve zeigt zum Teil sehr schroffe Anstiege und Abfälle. Die Werte bewegen sich zwischen 110 und 175 mm mit einem Durchschnitt von 135,2 mm. Die höchsten Werte fallen zusammen mit den Zeiten der stärksten Erregung und Unruhe.

Aus diesen vier mitgeteilten Fällen ist folgendes zu entnehmen:

1. Der hohe Blutdruck ist kein konstantes Begleitsymptom der eigentlichen Melancholie.

2. Erhöhung des Blutdruckes scheint vor allem zu fehlen bei Fällen von gleichmäßig depressivem Affekt, besonders, wenn noch Hemmung hinzutritt.

3. Wohl aber steigt der Blutdruck, wenn zum einfach depressiven Affekt noch etwas hinzutritt, z. B. Mißgunst, Gereiztheit oder die Hauptsache: Angst.

Nächst der Melancholie nimmt das manisch-depressive Irresein in der Literatur den größten Raum ein. Die alte Ansicht, daß der Blutdruck immer schön entgegengesetzt dem psychischen Zustande hin- und herpendele, daß immer in der Depression ein hoher und in der Manie ein niedriger Blutdruck vorkommen müsse, gilt wohl allgemein als überwunden.

Schon *Cramer* bemerkt nur, daß beim Übergang von der melancholischen Verstimmung in die heitere Erregung der Blutdruck abfalle. *Craig* fand den Blutdruck immer erniedrigt bei der akuten Manie, bei der Depression aber die Werte verschieden; bei agitierter Melancholie mit großer



Rastlosigkeit z. B. fand er oft ziemlich tiefe Werte. Ebenso blieb der Blutdruck meist niedrig in der Depression, die einem akuten manischen Anfall folgte, die also mehr den Charakter einer Erschöpfung als den einer eigentlichen Melancholie hatte. Bei manischen Fällen mit tiefem Blutdruck erwies sich ihm das verlängerte Bad von besonderem Vorteil. Auch behauptet er (im Gegensatz zu andern Autoren), daß der Blutdruck im Laufe des Tages abnehme; die Manie nehme aber gegen Abend zu, während die Melancholie meist am Morgen am tiefsten sei. *Pilcz* fand meistens während der melancholischen Phase hohe Werte, während der manischen niedrige. Als Ausnahme erwähnt er die zornige Manie, bei der er höhere Werte fand. Doch bemerkt er auch, daß, während in der Depression der Blutdruck sich konstant auf fast derselben Höhe halte, bei den niedrigen Werten der Manie viele Schwankungen vorkommen (s. vorn S. 12). *Ziehen* fand nun, ganz im Gegensatz zu den vorigen Autoren, in der Manie die peripheren Arterien häufig stark kontrahiert, oft allerdings auch ausgesprochene Vasoparesen; das spygmographische Bild sei daher ein sehr wechselndes. Noch weiter als *Ziehen* geht *Alexander*. Er fand, ziemlich genau im Gegensatz zu *Pilcz*, in der Depression einen stark wechselnden Blutdruck, der nur in akuten Formen immer höher sei als normal, in der Manie aber konstant eine Steigerung, wenn auch nur eine geringe. *Dunton* beobachtete dann wieder eine Erhöhung des Blutdrucks in der Depression und eine Erniedrigung in der Exaltation. Doch will er bei einer und derselben Person von einem konstanten Wechsel umgekehrt parallel dem psychischen Zustand nichts wissen. *Albrecht* geht nicht auf die Krankheitsbilder ein, sondern bleibt bei den Affekten und stellt hier die exaltative Gruppe (Freude — Zorn) der depressiven (Kummer — Schreck) gegenüber. Erstere reize die Vasodilatatoren und verstärke die Innervation der willkürlichen Muskeln, letztere reize die unwillkürliche Muskulatur, besonders die Vasokonstriktoren, erhöhe also den Blutdruck und lähme außerdem die willkürlichen Muskeln. *Alter* endlich stellt ebenfalls den allgemeinen Satz auf, daß bei depressiven Zuständen meist hohe, bei manischen meist niedrige Blutdruckwerte vorkommen. Er fügt aber gleich hinzu, daß dies jedoch beim zirkulären Irresein durchaus nicht immer, sogar in der Mehrzahl der Fälle nicht stimme, sondern „daß die ausgesprochensten Änderungen in der Affektlage gar keinen Einfluß auf die Blutdruckkurve hatten". Doch fand er „eine kleine Zahl von periodischen Affektpsychosen reiner Form, bei denen — in einer geradezu verblüffenden und nahezu gesetzmäßigen Weise — die Blutdruckkurve der Affektkurve parallel oder vielmehr diametral entgegengesetzt verläuft".

Wie man sieht, sind durch die verschiedenen Autoren so ziemlich alle möglichen Meinungen vertreten: von dem vollständig diametralen Verlauf von Blutdruck und Affekt über den gänzlichen Nihilismus in der Beziehung zueinander bis zum geraden Gegenteil (*Alexander*),



dem parallelen Verlauf von Blutdruck und Affekt. Daß nun meine Beobachtungen diese Frage im Sinne eines schönen Schemas lösen, wird man wohl nach dem vorherigen nicht erwarten; es ist auch tatsächlich nicht der Fall. Ich habe im ganzen vier Fälle längere Zeit beobachtet:

Kurve Nr. 5: Fräulein J., 54jährige Näherin, seit sechs Jahren in der Anstalt. In der Depression ist Patientin meist ruhig, arbeitet etwas, lächelt einen mit trauriger Miene an; seltener ist sie ängstlich und weinerlich. Die beginnende Erregung kündigt sich an durch Rheumatismen; dann folgen alle möglichen Schmerzen, Patientin ist mit nichts zufrieden, läuft im Hause herum, will fort, macht Lärm, hat Streit mit den andern, will alles mögliche unternehmen usw. Die Messungen beziehen sich auf etwa drei Wochen während eines maniakalischen Stadiums. Die Kurve weist verschiedene Male Werte von über 130 mm auf; Durchschnitt 124,5 mm (also höher als Kurve Nr. 2 der Melancholischen). Die zwei tiefsten Werte fallen nun hier allerdings mit der Höhe der Manie zusammen. Der Blutdruck bleibt aber nur tief, solange Patientin fröhlich und zufrieden ist; sowie aber Aufregung, Gereiztheit usw. hinzukommt, steigt der Blutdruck sofort um ein erhebliches.

Kurve Nr. 6: Jungfrau D., 54jährige Magd, die schon zum zweiten Male, gegenwärtig als Manie, in der Anstalt ist. Die Kurve ist sehr instruktiv, besonders für diejenigen, die behaupten, in der Manie sei der Blutdruck immer tief. Die ersten drei Wochen, während deren die Patientin ruhig und heiter ist, bewegen sich die Werte zwischen 125 und 155 mm; es ist dies von Mitte September bis Anfang Oktober. Der Durchschnittswert ist hier 145 mm. Ungefähr Mitte Oktober nun beginnt eine Mania gravis: Patientin wird immer fröhlicher und aufgeräumter, lacht und schwatzt in einem fort, läuft auf der Abteilung herum usw. Ideenflucht und Bewegungsdrang werden so stark, daß Patientin am 25. Oktober in die Zelle versetzt werden muß. Hier schreit und singt sie den ganzen Tag, ist keinen Augenblick ruhig, zerreißt das Hemd, trennt das Bett auf usw., so daß sie nur noch im Vareck gehalten werden kann. Und in diesem schweren maniakalischen Anfall steigt nun der Blutdruck ganz bedeutend; von den acht Messungen, die ich in dieser Zeit machen konnte, zeigen sechs Werte von 155 und 160 mm, einmal ging der Blutdruck auf 170 mm hinauf, ein anderes Mal auf 150 mm herunter. Besonders interessant ist die Messung vom 26. Oktober: Patientin ist gestern und heute in beständiger Bewegung gewesen; nach einigem Zureden setzt sie sich aber dann auf die Matratze und verhält sich während der ganzen Messung vollkommen ruhig. Dennoch ergeben von den zwei aufeinanderfolgenden Messungen beide einen Blutdruck von 160 mm. Es ist dadurch auch der eventuelle Einwand widerlegt, die hohen Werte seien einfach bedingt durch die lebhaften Muskelkontraktionen des Bewegungsdranges.

Kurve Nr. 7: Fräulein M., 56jährige Sprachlehrerin; schon lange krank, aber erst seit zwei Jahren in der Anstalt. Ich hatte leider nur einmal Gelegenheit, sie während der Manie zu messen, und zwar war sie damals in einem Einzelzimmer, in einer höchst gereizten, kriegerischen Stimmung. Ich fand hier einen Wert von 135 mm, d. h. einen etwas höheren als der Durchschnitt der vorangehenden und der nachfolgenden depressiven Phase, der bei beiden etwa 130 mm beträgt. Die beiden Depressionen sind nicht besonders stark. Patientin ist niedergeschlagen, gehemmt und kann sich zu nichts aufraffen; Angst fehlt aber. Die Kurven zeigen keine Besonderheiten, vor allem ist nirgends ein abnorm hoher Druck zu konstatieren.

Ich wollte bei dieser Patientin den Einfluß der Bettruhe auf den Blutdruck studieren und nahm daher die Messungen bald in, bald außer dem Bett auf. Es zeigte sich dabei aber keine einheitliche Wirkung: bald sank der Druck, wenn Patientin sich zu Bett legte, bald, wenn sie aufstand. Allerdings werden die Kurven — ich habe dies auch bei andern Patienten beobachtet — bei längerer Bettruhe deutlich flacher und die starken Ausschläge seltener.

Bei dieser Patientin, die an chronischer Obstipation litt, hatte ich auch Gelegenheit, die Wirkung von Abführmitteln zu beobachten. *Craig* sieht ja (s. S. 12) die Depression geradezu als eine Folge der Blutdruckerhöhung an, deren Ursache die chronische Obstipation sein soll. Er will daher die Depression mit Laxantien beheben oder doch bekämpfen. Auch *Alter* schreibt der Obstipation einen Einfluß auf den Blutdruck zu. Ich gab nun der Patientin zu zwei Malen je einen Eßlöffel Ol. Ricini. Das erste Mal erfolgte dreimalige reichliche Ausleerung; die nachherige Messung ergab einen relativ tiefen Blutdruck (110 mm; Durchschnitt 129,6 mm); jedoch war er nicht tiefer als auch an einigen andern Tagen, an denen kein Rizinus gegeben worden war. Das zweite Mal erfolgte auf das Abführmittel eine einmalige geringere Ausleerung. Patientin fühlte sich nach derselben subjektiv etwas erleichtert; der Blutdruck aber war 130 mm, während er am Tage vorher, als Patientin über Obstipation geklagt hatte, 120 mm gewesen war. Es wäre natürlich verfehlt, die Resultate dieser zwei Messungen zu verallgemeinern und sich daraufhin für oder gegen einen Einfluß der Obstipation auf Blutdruck und Depression auszusprechen. Doch geht aus diesen zwei Beobachtungen auf keinen Fall hervor, daß die Obstipation den grundlegenden ursächlichen Einfluß auf Blutdruck und Depression hat, den ihr *Craig* zuschreibt.



Kurve Nr. 8: St., 70jähriger Fabrikarbeiter; stark geschlängelte Temporalarterien, rigide Radiales und verbreiterte Herzdämpfung; vor neun Jahren während einer Depression 3/4 Jahre in der Anstalt; damals große Angst, starken Suiziddrang. Seit sechs Jahren nun konstant in der Anstalt. Die erst mit dem Senium einsetzende Erkrankung manifestiert sich hauptsächlich durch einen konstanten Wechsel zwischen tiefer Depression mit Hemmung, Angst, Traurigkeit usw. und maniakalischer Erregung mit fröhlichem, läppisch-ausgelassenem Wesen. Die einzelnen Phasen dauern zwei Wochen bis vier Monate und wechseln oft ohne freies Intervall ganz plötzlich, sogar im Verlauf einer Stunde. Die Messungen wurden begonnen, kurz nachdem eine Depression abgeklungen war und eine Manie begann. Patient befolgte willig die Anordnungen, war aber im Anfang still und zurückgezogen. Aber schon nach den ersten Tagen fing er an, spontan zu sprechen, erst nur einige Worte, dann mehr, wurde nach und nach lebhafter, schwatzte, lachte, disputierte mit den andern, lief einem nach usw. Dann wuchs die Aufregung immer mehr, so daß Patient auf die Abteilung der Halbruhigen versetzt werden mußte. Von dort ging er oft auf die Feldarbeit, war sehr lebhaft, im allgemeinen fröhlich, wurde aber sehr leicht gereizt und hatte daher oft Streit. Die Kurve zeigt im allgemeinen ziemlich starke Schwankungen, doch ist es ganz unverkennbar, daß auch hier mit steigender Manie der Blutdruck steigt (höchste Werte 175 und 180 mm). Weiter konnte ich dann einige Messungen (verteilt über drei Wochen) machen in einer depressiven Phase: während dieser ganzen Zeit ist Patient deprimiert, niedergeschlagen, gehemmt und spricht kein Wort. Die ersten zwei Messungen, während deren Patient nicht im Bett ist, zeigen Werte, die nicht ganz so hoch sind wie die höchsten während der Manie (170 und 175 mm). Wie Patient aber ins Bett kommt, sinkt der Blutdruck so tief, wie er in der Manie nie gewesen ist (120 bis 130 mm). Auch sind die Schwankungen hier (im Bett) geringer.

In einer folgenden manischen Phase steigerte sich die Erregung so, daß Patient in ein Einzelzimmer versetzt werden mußte. Der Blutdruck stieg wieder an bis auf 170 mm. Vier Werte in einem späteren depressiven Stadium, während welches Patient im Bett gehalten wurde, bewegten sich wieder (wie in der ersten Depression) zwischen 120 und 130 mm.

Dieser Fall bestätigt und vervollständigt aufs schönste die Beobachtung von Fall 6, nämlich daß es Fälle von schwerer Manie gibt, bei denen der Blutdruck hoch ist. Es kann dies verschiedene Gründe haben:

1. Vor allem steigert die psychische Erregung, sei es nun eine depressive oder eine heitere, an und für sich den Blutdruck (*Geisböck*, *Ziehen*).





2. Der Blutdruck wird ferner gesteigert durch Anstrengung der Aufmerksamkeit (*Kornfeld*). Im Schlaf ist der Blutdruck am niedrigsten. Je weniger somnolent, je „aufgeweckter" das Individuum wird. um so höher steigt der Blutdruck. Nun ist in der Manie der Patient sehr lebendig und „aufgeweckt", seine Aufmerksamkeit ist beständig in Anspruch genommen, viel mehr als beim Gesunden. Ob diese Aufmerksamkeit eine intensive, auı ein Objekt sich beschränkende oder eine extensive, fortwährend von einem Objekt zum andern wandernde ist, kommt in unserm Fall aufs gleiche heraus.

3. Und endlich halte ich noch einen Punkt für wichtig zur Erklärung der hohen Werte bei der Manie: das vollkommen ruhige Dasitzen, wie es die Messung erfordert, ist für eine schwere Manie sicher nur unter großem Willensaufwand möglich. Willensanstrengung steigert nun aber, wie jede geistige oder körperliche Arbeit, den Blutdruck (*Kornfeld*). Ist dieses Argument richtig, so wären dann die gefundenen hohen Werte bei der Manie, wenigstens zum Teil, künstliche, nur während der Messung vorhandene.

Nach den zahlreichen Literaturangaben gibt es wohl zweifellos Fälle, bei denen in der manischen Phase meist tiefe, in der depressiven hohe Werte gefunden werden. Bei den von mir beobachteten Fällen herrschte aber, wie wir gesehen haben, da, wo sich überhaupt eine Gesetzmäßigkeit feststellen ließ, mehr ein anderer Typus vor, bei dem die Depression eher niedrige Werte aufwies, während der Blutdruck um so höher stieg, je schwerer die Manie wurde.

Bei Epileptikern haben *Adenio* und *Ugo Lombroso* gefunden, daß der Blutdruck stärkeren Schwankungen unterworfen sei als bei Normalen (das Gleiche sei der Fall bei geborenen Verbrechern und Prostituierten).

Die Dämmerzustände will *Ziehen*, wenigstens zum Teil, erklären durch zerebrale Zirkulationsstörungen. Bei den sog. Affektdämmerzuständen glaubt er den Dämmerzustand veranlaßt durch die vasomotorischen Begleiterscheinungen des Affektes. Auch *Alter* fand bei einem Dipsomanen typische Verstimmungen immer im Anschluß an Alterationen der Vasomotion, und zwar waren diese immer das Primäre. Die Affektstörungen stellten sich erst ein, wenn der Blutdruck auf eine gewisse Höhe gestiegen war. Die meisten Angaben finden sich über den epileptischen Anfall. Schon *Féré* hat den Blutdruck vor, in und nach dem Anfall untersucht: „... avant l'accès, pendant l'aura, j'ai observé une augmen-



tation. ... Pendant les paroxysmes, attaque ou vertige, excitation psychique, la pression reste élevée. Après l'accès, ... il se produit un abaissement très notable de la pression; et cette diminution de la pression ... peut encore exister à un certain degré sept ou huit heures après l'accès" (S. 217). *Pilcz* fand ebenfalls, daß der Blutdruck nach dem Anfall bedeutend sinkt, dann aber nach wenigen Sekunden wieder auf die Norm steigt und so bleibt. Das Gleiche habe *Gärtner* am Tierexperiment gefunden. Auch *Kornfeld* fand im epileptischen Anfall einen stark erhöhten Blutdruck, der nachher jäh abfällt, oft tief unter die Norm. *Kocher* weist darauf hin, „daß die Gefäßverhältnisse bei Epileptischen anders sind und ihre größere Nachgiebigkeit zu plötzlichen Drucksteigerungen und Druckschwankungen im Schädel Anlaß geben kann". *Mott* erzeugte bei Katzen und Affen künstliche Blutleere des Gehirns durch Unterbindung der vier Gehirnarterien. Dadurch entstand ein tonischer Krampf. Ließ er das Blut wieder zuströmen, so traten klonische Krämpfe auf, die bei erneutem Verschluß der Arterien wieder tonischen wichen.

Meine eigenen Beobachtungen beziehen sich auf vier Fälle:

Kurve Nr. 9: W., 44jähriger Advokat; seit fünf Jahren in der Anstalt. Patient ist oft mehrere Tage lang reizbar und schroff, sogar gewalttätig, die Intelligenz hat deutlich gelitten, er vegetiert untätig dahin. Anfälle hat er oft mehrere in einer Woche, dann wieder mehrere Wochen lang keinen. Die Kurve zeigt starke Ausschläge; dabei stimmt aber der äußere Eindruck, den einem der Patient momentan macht, absolut nicht immer überein mit einer bestimmten Höhe des Blutdruckes.

Kurve Nr. 10 könnte, trotz der relativ häufigen Anfälle, fast die eines Gesunden sein. Patient H. ist ein 31jähriger Metzger, ein ruhiger, arbeitsamer Bursche, dessen Intelligenz noch nicht sehr stark gelitten hat.

Kurve Nr. 11: G., 28jähriger Handarbeiter, seit zwei Jahren in der Anstalt; still, stumpf, stark dement; liest viel in der Bibel, beschäftigt sich etwas im Haus herum, schwatzt oft konfuses Zeug. Anfälle etwa alle zwei Tage. Wird hin und wieder sehr gereizt.

Die Kurve ist, im Vergleich zu den zwei vorherigen, relativ flach; es drückt sich darin sehr gut die dumpfe, äußeren Einflüssen wenig zugängliche epileptische Demenz aus.

Meine wenigen Beobachtungen, die sich auf den epileptischen Anfall beziehen, sprechen dafür, daß der Blutdruck im Anfall sehr hoch ist, nachher jäh abfällt, aber in der nächsten Zeit noch etwas über der Norm bleibt und erst allmählich zu dieser zurückkehrt. Auch scheint der Blutdruck kurz nach dem Anfall auffallend labil zu sein; nur dadurch kann ich mir nämlich die plötzlichen, während der Messung erfolgenden Anstiege und das auffällige Schwanken um eine Gleich-



gewichtslage erklären. Dafür, daß der Blutdruck nach dem Anfall erhöht ist, spricht z. B. auch folgende Beobachtung:

Bei dem 33jährigen Landarbeiter O. ergaben fünf Messungen an verschiedenen Tagen einen Durchschnitt von 146 mm. Der letzte dieser Werte ist 160 mm, also bedeutend über dem Durchschnitt. Grund: Patient hatte etwa eine Stunde vor der Messung einen starken Anfall gehabt.

Hier möchte ich aber betonen, daß es sehr schwierig, wenn nicht ganz unmöglich ist, einwandfreie Resultate von Blutdruckmessungen im epileptischen Anfalle zu erhalten, und zwar hauptsächlich wegen der Unruhe der Patienten und der tonischen und klonischen Krämpfe.

Bei der Dementia paralytica fand schon *Craig* in den Endstadien immer einen tiefen Blutdruck, bei sehr gehobenen Stimmungen hingegen einen hohen. Daß in den Endstadien die Blutdrucksenkung verursacht sei durch das beim Zerfall des Hirngewebes entstehende Cholin, ist zwar eine sehr interessante Hypothese, wird aber durch die bloße Tatsache, daß Cholininjektionen den Blutdruck herabsetzen, nicht bewiesen. Ich halte es für viel natürlicher, den tiefen Blutdruck einfach als Folge des Marasmus, der dabei vorkommenden Gefäßparalyse und des Nachlassens der Herzkraft anzusehen.

*Pilcz* fand erst normalen, eher etwas niedrigen Blutdruck, dann die Tendenz zu fallen, in den Endstadien sehr niedrige Werte, bei den Remissionen wieder Ansteigen auf die Norm oder etwas darüber. Sehr hohe Werte zeigten die hypochondrischen und depressiven Formen der Paralyse. Auch *Rosse* fand in den Endstadien eine Abnahme des Blutdruckes; bei den Anfällen der Paralyse war der Blutdruck im Anfange erhöht, senkte sich aber im weiteren Verlaufe ziemlich stark. Ebenso fand *Alexander* im dementen Endstadium einen niedrigen, sonst aber bei der Paralyse einen sehr wechselnden Blutdruck. Nach *Ziehen* ist bei Paralytikern die Herztätigkeit oft eine leicht unregelmäßige. Im Depressionsstadium finde man oft einen ausgesprochenen Gefäßkrampf; in den Endstadien oft tarden Puls, verbreitete Ödeme und Gefäßparese, zuletzt fast völlige Gefäßparalyse mit starker Blutdrucksenkung. Ganz im Gegensatz zu den vorigen fand dann *Federn* einen abnorm hohen Blutdruck nicht nur bei „echt luischen Prozessen", sondern auch bei Tabes und Paralyse. Er vermutet daher, die durch die Syphilis hervorgerufene Blutdrucksteigerung sei die Hauptursache der Metasyphilis. *Alter* glaubt, daß die Beziehung zwischen Affekt und Blutdruck bei vielen Fällen von Paralyse eine besonders enge sei: Affektverschiebung bedinge Blutdruckänderung und umgekehrt. Bei andern Fällen von Paralyse hingegen sei nicht die geringste Beziehung zwischen Affekt- und Blutdruck zu konstatieren. Im para-



lytischen Anfall sei der Blutdruck meist sehr stark erhöht, oft sei die Blutdrucksteigerung das erste Zeichen des Anfalles. *Moravcsik* fand bei einem Paralytiker an euphorischen, expansiven Tagen Blutdruckschwankungen zwischen 40 und 80 mm, an depressiven zwischen 80 und 110 mm (mit dem *Gärtner*schen Tonometer).

Bei den acht von mir beobachteten Paralysen fand ich in der Tat oft einen bedeutend engern Zusammenhang von Blutdruck und Affekt als z. B. bei der Epilepsie, und zwar meist in dem Sinne, daß bei starkem Affekt, Erregung usw. der Blutdruck sekundär stieg. Auch die von den meisten Autoren beobachtete starke Senkung in den Endstadien kann ich im allgemeinen bestätigen; es war z. B. bei dem stark marantischen, abgemagerten H. der Puls drei Tage vor dem Exitus bei 80 mm schon verschwunden. Im übrigen scheint mir das Auffallendste, daß der Blutdruck in der Paralyse labiler ist als beim Normalen.

Kurve Nr. 12 zeigt dies deutlich: Der 50jährige Melker T. lebt ruhig und euphorisch in den Tag hinein, hat starke Gedächtnisdefekte und produziert vage Größenideen (will Gräfin heiraten, hat durch Melken 8 Milliarden verdient, der liebe Gott hat ihm geschrieben usw.). Wohl gerät er leicht in Zorn, wenn er gereizt wird, und auch, wenn man ihm nur widerspricht, doch sind seine Affekte ganz oberflächlich und lassen sich durch ein paar beruhigende und ablenkende Worte sofort zerstreuen. Und bei diesem Menschen ohne jeden tieferen Affekt pendelt der Blutdruck in einem fort zwischen Werten von 105 und 165 bis 170 mm hin und her. Man vergleiche damit Nr. 11, die Kurve des ähnlich dement dahinlebenden Epileptikers: der große Unterschied zwischen den beiden ist in die Augen springend. Ein Zweifel an seinen Größenideen verursacht z. B. sofort eine Steigerung von 20 mm (5. X.), obschon der Patient sich dabei gar nicht etwa besonders aufregt.

Kurve Nr. 13 zeigt ebenfalls relativ sehr starke Ausschläge. Hier kommt noch hinzu, daß der Blutdruck ein sehr hoher ist (Durchschnitt 174 mm), bei hohem Blutdruck aber in der Regel durch starke Wandspannung der Arterien die Schwankungen ausgeglichen und die Kurven nivelliert werden (s. S. 9). Der 41jährige Weinreisende ist ebenfalls ein typischer Paralytiker mit Pupillenstarre und den abstrusesten Größenideen (ist Gottessohn, mit der ganzen Welt verheiratet, hat Millionen Kinder, will eine neue Erdachse aus Platin machen usw.). Die Demenz tritt hier weniger deutlich hervor, da Patient über eine große Dialektik verfügt.

Kurve Nr. 14. Frau St., 61jährige Modistin.

Kurve Nr. 15. Frau B., 52jährige Hausfrau. Die beiden Kurven zeigen für Patienten, die fortwährend im Bett gehalten werden, ebenfalls

große Ausschläge. Es steigt z. B. der Blutdruck um 10 mm, wenn Patientin nur den Kopf ein wenig hebt, oder wenn der Kaffee hereingebracht wird.

Übrigens entspricht auch hier (bei der Paralyse) der einfachen Depression ohne Erregung oft ein tieferer Blutdruck als der Euphorie (vgl. manisch-depressives Irresein).

Ganz ungemein hohe Werte fanden sich bei den paralytischen Erregungszuständen, den eigentlichen Tobsuchtsanfällen. Dies zeigt zum Beispiel

Kurve Nr. 16: Der 58jährige Wagner L. läuft in der Erregung wütend hin und her, schimpft, brüllt, schlägt das Essen aus oder greift sogar die Wärter an (z. B. am 12. Januar).

Alkoholismus: *Külbs* gibt an, daß der Blutdruck bei einmaligen großen Alkoholgaben im Anfang sinke, nachher vorübergehend steige. Chronische Intoxikation mit Alkohol und Tabak erzeuge einen ausgedehnten Spasmus der kleinsten Arterien mit Blutdruckerhöhung und Dehnung des linken Ventrikels. Die dabei auftretenden subjektiven Beschwerden (Schmerz-, Beklemmungs-, Angstgefühl) sollen bekämpft werden mit konsequenter Bettruhe, Bädern und Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Im Beginn des Delirium tremens sei der Blutdruck erhöht. Ebenso teilte *Fränkel* in einer Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft mit, daß er bei einem Delirium tremens eine starke Druckzunahme gefunden habe.

Ich hatte Gelegenheit, ein abklingendes Delirium tremens zweimal zu messen und fand hier 115 und 120 mm, also eher niedrige Werte.

Kurven Nr. 17 bis Nr. 21: Von den fünf beigegebenen Kurven von Alkoholikern (1 Korsakow, 4 Dement. alcohol. senil.) zeigt nur eine einen deutlich erhöhten Blutdruck (Durchschnitt 188 mm, Nr. 19). Hier ist aber die Blutdruckerhöhung nicht durch den Alkoholismus direkt bedingt, sondern durch die starke Arteriosklerose des 63jährigen Patienten. Zwei der Kurven zeigen sogar abnorm tiefe Werte:

Nr. 17: Der 66jährige, ziemlich stark demente Baumwärter Gy. ist sehr vergeßlich und lebt apathisch in den Tag hinein. Trotz einer deutlichen Arteriosklerose ist der Blutdruck im Durchschnitt bloß 117,5 mm.

Nr. 20: Der 52jährige Landarbeiter Gu. hingegen hatte während der Messung, besonders im Anfang, immer starke Angst; Radiales und Temporales waren rigide und stark geschlängelt. Daß der Druck im



Durchschnitt nur 120 mm ist, hat seinen Grund in diesem Falle in einer Herzschwäche.

Bei der Dementia praecox hat *Pilcz* keine einheitlichen Resultate gefunden: Der Blutdruck war hier verschieden innerhalb der normalen Grenzen. Hebephrene mit periodischen Erregungszuständen hingegen, die in der Exaltation das Bild einer Mania gravis bieten, haben dabei einen um 20 bis 30 mm niedrigeren Blutdruck als in der Ruhe.

*Ziehen* fand bei Stupidität die Herztätigkeit meist verlangsamt, die Pulswelle niedrig und den Blutdruck herabgesetzt. *Alter* unterscheidet zwischen „Motilitätspsychosen", worunter er diejenigen Fälle von *Kräpelin*scher Dementia praecox versteht, bei denen keine deutliche frühzeitige Verblödung eintritt, und der Dementia praecox, „die ich allerdings ganz eng fasse und nur auf die Fälle von Motilitätspsychosen beschränke, wo tatsächlich eine frühzeitige Verblödung einsetzte". Während dort meist ein enger Zusammenhang zwischen Affekt und Blutdruck zu konstatieren sei, hat er hier „nur bei einem sehr kleinen Teil eine gewisse Reziprozität zwischen Blutdruck und Affekt gefunden".

Ich habe zwei Fälle von Dementia praecox beobachtet:

Kurve Nr. 22: Der 70jährige Kaufmann R. ist seit 46 Jahren ununterbrochen in der Anstalt. Für gewöhnlich freundlich, etwas kindisch, aber ruhig, meist Papiersäcke machend, hat er alle drei bis fünf Tage einen „Schimpftag", der 24 bis 36 Stunden dauert. Während dieser aufgeregten Periode genießt er fast nichts, ist unreinlich, brüllt in einem fort Flüche und Schimpfworte ins Zimmer hinaus. Er ist nicht bösartig, wird aber gleichwohl während dieser Zeit im Bett gehalten. Den Beginn einer Erregungsperiode macht oft eine stärkere Freundlichkeit und Heiterkeit. Diese periodischen Affektschwankungen sind nun aufs engste verknüpft mit sehr starken Schwankungen des Blutdruckes, und zwar entsprechen den Erregungszuständen ohne Ausnahme hohe Werte (180 mm und mehr), während in den ruhigen Zeiten die Werte meist unter 150 mm sinken Unmittelbar vor dem Anfall, wenn Patient heiter und gesprächig wird, findet man oft Werte zwischen 150 und 170 mm.

Der zweite ist ein ganz frischer Fall: Der 27jährige Landarbeiter J. wurde vor etwa drei Monaten auf den Kopf geschlagen, so daß er bewußtlos wurde. Seither war sein Wesen ganz verändert: deprimiert, menschenscheu, gedankenlos; dann folgte ein Suizidversuch durch Messerstiche in das Abdomen, von dem er genas. Gegenwärtig ist Hemmung.





Depression und hauptsächlich starke Angst vorhanden. Hier die gefundenen Werte:

5. Januar: Aufnahme in die Anstalt.
7. Januar: 1. 185, 180, 175, 175. Sehr große Angst.
2. 170, 170, 170. Im Angstanfall: 185.
3. 160, 160. Im Angstanfall: 175. Beim Schluchzen: Sinken auf 160.
9. Januar: 185, 190, 185. Sehr große Angst.
14. Januar: 150, 145. Gegenwärtig keine Angst.
18. Januar: 145. Keine Angst. Als die Manschette drückt: 160.
19. Januar: 145, 140, 145, 135, 140. Ruhig, will aufstehen.
21. Januar: 1. 150, 150. Ruhig, will fort.
2. 150, 145. Drängt fort.

Aus diesem Falle sieht man sehr deutlich, wie der Blutdruck im Angstanfall auf relativ sehr große Höhen hinaufgetrieben wird, und wie er dann, als der Patient ruhiger wird, ganz deutlich sinkt.

Hier kann man sehr schön den Einfluß des Weinens auf den Blutdruck beobachten: Am 7. Januar, dem dritten Tage nach der Aufnahme, nahm ich drei Serien von Messungen auf im Abstand von etwa 10 Minuten. Bei der dritten dieser Messungen war der Blutdruck zuerst 160 mm. Patient war dabei ängstlich, mißtrauisch, aber sonst ruhig. Nun kam aber ein Angstanfall: Patient fing an zu jammern, man wolle ihn töten, man solle doch Erbarmen haben usw. In diesem Angstanfall nun stieg der Blutdruck parallel der Angst bis auf 175 mm. Wie die Angst dann ihren Höhepunkt erreicht hatte, fing Patient plötzlich an zu schluchzen, und im Moment sank der Blutdruck von 175 mm wieder auf 160 mm herunter.

Die gleiche Beobachtung habe ich noch bei zwei andern Fällen gemacht:

Der Paralytiker L. (s. Kurve Nr. 16) war am 19. Januar im Anfang der Messung sehr erregt; er schimpfte und fluchte, daß man ihn nicht machen lasse, nicht nach Hause gehen lasse usw. Dabei stieg der Blutdruck bis auf 185 mm. Wie Patient dann auf der Höhe der Erregung plötzlich zu schluchzen anfing, ging der Blutdruck sofort auf 170 mm herunter, um dann nach kurzer Zeit, nachdem Patient sich beruhigt hatte, um weitere 5 mm zu sinken und dauernd auf der Höhe von 165 mm stehen zu bleiben.

Der dritte Fall betrifft den Hystericus H., den ich gemeinsam mit Herrn Collega *de Ruyter*, viertem Arzt an der Waldau, untersuchte. Der

Mann hatte eines Tages einen Blutdruck, der zwischen 125 und 130 mm schwankte. Nun fingen wir an, über das verstorbene Lieblingskind des Patienten zu sprechen, und ließen uns von ihm erzählen, wie dieses Kind gestorben sei. Dies regte Patienten so auf, daß der Blutdruck allmählich bis auf 140 mm anstieg. Dann wurde H. vom Schmerz so übermannt, daß er plötzlich nicht mehr weitersprechen konnte, sondern leise vor sich hinweinte. In diesem Moment sank der Blutdruck im Zeitraum von 3 bis 4 Sekunden wieder auf seinen früheren Wert, 125 bis 130 mm, herunter.

In allen diesen drei Fällen werden die Unlustgefühle der Patienten akut gesteigert. Sind sie auf einem gewissen Maximum angelangt, so tritt eine plötzliche Entspannung dieser aufs höchste gesteigerten Unlustgefühle ein, und diese Entspannung erfolgt durch Schluchzen. Das Interessante ist nun, daß der Blutdruck diesen Vorgängen genau parallel geht: wie der Patient erregt oder traurig wird, steigt der Blutdruck auf eine gewisse Höhe, um dann mit dem Eintritt des Schluchzens fast momentan wieder um ein bedeutendes zu sinken (oder mit andern Worten: es wird durch Schluchzen nicht nur die psychische Spannung gelöst, sondern es werden auch die Arterienwände entspannt). Diese Blutdrucksenkung ist wohl der Grund, warum die Leute, nachdem sie sich recht haben ausweinen können, sich nicht nur psychisch erleichtert, sondern auch körperlich wohler fühlen.

Scheinbar das Gegenteil zeigt nun die Hysterica Frau R. (das Genauere über diesen Fall s. S. 30). Dieselbe weist nämlich am 22. September einen Blutdruck von 180 mm auf, währenddem sie heftig schluchzt, während doch der Blutdruck an den Tagen vor und nach dieser Messung 120 bis 125 mm und der Durchschnitt 117 mm war. Der Gegensatz ist aber, wie gesagt, nur ein scheinbarer. Während bei den andern das Schluchzen die Lösung einer starken Spannung bedeutet, ist dies bei Frau R. durchaus nicht der Fall. Im Grunde genommen ist es ihr gar nicht so sehr ums Weinen, sondern sie will sich dadurch einfach interessant machen. Während der Messung hat sie nun jemanden, der sie anhören muß, und daher legt sie los: was sie doch für eine schlechte Person sei, wie ihre Kinder sich schämen müssen, eine solche Mutter zu haben, sie sei nur noch ein Schatten von der Person, die sie früher gewesen sei; wenn man eine Ahnung hätte, wie sie leiden müsse, man würde unendliches Bedauern mit ihr haben, unglücklichstes Geschöpf der Erde, Hartherzigkeit der Mit-





menschen usw. usw., und dann ein Tränenstrom. Der Hauptunterschied zwischen den drei früheren Fällen und dem letzten ist wohl der: die ersteren drei Patienten müssen weinen, die letztere Patientin aber will weinen. Um aber weinen zu wollen, ist eine nicht unbeträchtliche Anstrengung nötig, und diese Anstrengung ist es, die den Blutdruck bei Frau R. in die Höhe treibt.

Über postapoplektisches Irresein finde ich in der mir bekannten Literatur keine Angaben. Einzig *Pilcz* erwähnt, als er vom niedrigen Blutdruck bei der Manie spricht, er habe sogar bei einer periodischen Manie, die sich nach einer Apoplexie entwickelt habe, ganz niedrigen Blutdruck gefunden. Er scheint also anzunehmen, daß sonst bei postapoplektischen Störungen der Blutdruck hoch sei.

Nun habe ich in der Tat eine 52jährige Frau mit postapoplektischem Irresein vier Tage nach einem erneuten apoplektischen Insult gemessen und dabei die höchsten Blutdruckwerte gefunden, die ich überhaupt beobachtet habe, nämlich erst Werte über 260 mm (also überhaupt unmeßbare), dann 250 mm und am Tage, nachdem man ihr etwa 300 ccm Blut entzogen hatte, 230 mm, am folgenden Tage aber wieder 260 mm. Da *Sahli* vor Messungen bei so hohem Blutdruck warnt, weil Gefahr für Hautblutungen bestehe, so habe ich dann weitere Messungen in diesem Falle bleiben lassen.

Auch bei einem Herrn mit postapoplektischer Demenz habe ich sehr hohe Werte gefunden.

Es war dies ein 70jähriger Bundesbeamter, der vor fünf Jahren einen und etwa 14 Tage vor Beginn der Messungen einen zweiten apoplektischen Insult gehabt hatte. Er war äußerlich ruhig, aber in hohem Grade dement, verwirrt und unreinlich. Auch hatte er verschiedene körperliche Mißbildungen: Syndaktylie der Finger, Polydaktylie der Zehen usw. Der Puls konnte nur an der Art. ulnaris gefühlt werden. Bei diesem Patienten war nun der Blutdruck ebenfalls sehr hoch, wie die nachfolgende Tabelle zeigt:

| | | |
|---|---|---|
| 17. September: | 260. | (Puls noch nicht verschwunden.) |
| | 200. | |
| 18. September: | 2 h. 200. | |
| | 5 h. 190. | |
| 19. September: | 145. | |
| 20. September: | 145. | |



21. September: 190. Nach Anstrengung.
24. September: 160
25. September: 160.
26. September: 170.
29. September: 175.
2. Oktober: 170.
20. Oktober: 205.
26. Oktober: 250. (Puls noch nicht verschwunden.) Verwirrt, Angst.
3. November: 180. Ruhig.

Dieser Patient hatte nun aber eine hochgradige Arteriosklerose sowohl der sichtbaren Arterien wie auch, wie es sich bei der Sektion herausstellte (Patient starb etwa 1½ Jahre später), der Koronararterien, der Aorta und der Hirngefäße.

Im Gegensatz dazu habe ich einen 36 jährigen Tagelöhner S. mit relativ niedrigem Blutdruck gemessen. Patient, der starker Alkoholiker war, hatte vor etwa 1½ Jahren einen leichten apoplektischen Insult, den man für einen paralytischen Anfall hielt, sowie auch gegenwärtig (während der Messung) die hochgradige Demenz, die Unbehilflichkeit und das starke Silbenstolpern ganz dem Bild einer Dementia paralytica ähneln.

Als ich den Patienten zu messen anfing, glaubte man, er stehe nicht mehr fern vom Exitus: er war ein unbehilflicher, unreinlicher Fleischklotz geworden, hatte einen sehr schwachen Puls, ganz blaue, kalte Extremitäten und ziemlich rasch um sich greifenden Dekubitus; tagüber wurde er immer im Bade gehalten. Nun trat eine kleine Remission ein: der Puls wurde etwas kräftiger, Patient, der vorher stumpf und stumm dalag, stieß wieder einige Laute hervor, machte Bewegungen, wenn auch ungeschickte, und der Dekubitus stand nicht nur still, sondern ging sogar etwas zurück. Am Blutdruck,

K u r v e N r. 23, sieht man nun diese Remission sehr schön; es steigt nämlich der niedrige Blutdruck allmählich wieder an. Patient starb dann erst 15 Monate später: er hatte multiple Erweichungsherde im Großhirn und im Pons sowie graue Degeneration der Pyramidenseitenstränge. Es war nur eine geringfügige Arteriosklerose vorhanden.

Über H y s t e r i e finde ich in der Literatur nur zwei Mitteilungen:

*Rosse* findet bei den hysterischen Frauen die physiologischen Blutdruckschwankungen bei Muskelarbeit, Schlaf usw. höher und rascher vorübergehend als bei Normalen. Die höchsten Werte fand er bei einem traumatischen Hysteriker. K o r n f e l d fand bei faradischer Pinselung



analgetischer und hypalgetischer Hautstellen einen geringeren Anstieg des Blutdruckes als bei gleichstarker Reizung an normalen; bei hyperalgetischen aber einen stärkeren Anstieg.

Nach meinen eigenen Beobachtungen befolgt der Blutdruck bei Hysterischen weder Gesetz noch Regel:

Bei der einen, einem sehr dicken, 54 jährigen Bauernweibe mit starken Stimmungschwankungen und heftigen Leidenschaftsausbrüchen, waren die Schwankungen des Blutdruckes auffallend gering (135 bis 155 mm). Eine andere, 56 jährige Hausfrau, typische Hysterika, außerdem aber noch mit deutlichen Zügen moralischer Minderwertigkeit, hatte einen mehr gleichmäßigen Affekt, jammerte in einem fort über sich und ihr Schicksal und suchte sich dadurch bemerkbar zu machen (s. S. 27); und trotz dieses gleichmäßigeren Affektes hatte sie viel größere Blutdruckschwankungen als die vorige. Hier die Werte der letzteren:

20. September: 125. Ruhig.
21. September: 125.
22. September: 180 (s. S. 27). Schluchzt heftig.
24. September: 120. Ruhig.
25. September: 120. Als sie anfängt zu sprechen: 135.
26. September: 115. Strickt. Wird dann traurig: 125.
27. September: 115.
28. September: 105. Puls setzt plötzlich bei 90 wieder aus und erscheint wieder bei 85. Patientin äußerlich ruhig.
29. September: 120.
1. Oktober: 105.
3. Oktober: 140, 160, 120, 140. Schwankt sehr stark. Patientin äußerlich ruhig.
4. Oktober: 120.
5. Oktober: 95.
6. Oktober: 115.
Durchschnitt: 117,5.

Bei einer dritten, einer 30 jährigen Dienstmagd, fand ich ebenfalls ziemlich stark differente Werte (70 bis 120 mm). Patientin hatte deutliche hyperalgetische Stellen in der Gürtelzone. Das Berühren und Reiben einer solchen Stelle ergab einmal eine ganz bedeutende Blutdrucksenkung, nämlich:

Vor dem Berühren: 115.
Während des Berührens: 85, 85, 80, 70, 70.
Nach dem Berühren: 130.

Ein anderes Mal (etwa vier Wochen später) ergab starkes Drücken und Reiben der gleichen hyperalgetischen Stelle nur ein einziges Mal eine ganz geringe Senkung, sonst blieb das Resultat an diesem Tage ein negatives. Dabei betonte Patientin, wie sie starke Schmerzen habe; sie

war dabei aber ganz ruhig, der Affekt ging sicher nicht tief, und der Ton, in dem sie ihre Klagen vorbrachte, war mehr ein erzählender.

Eine vierte Patientin endlich hat eine leichte Mitralstenose und leidet an heftigen Anfällen von Präkordialangst. Während eines solchen Anfalles bleibt sie im Bett, ißt fast nichts, jammert, fleht einen an, ihr doch zu helfen, klammert sich an einen, sieht ihren verstorbenen Bruder, klagt über starkes Kältegefühl an Händen und Füßen usw. Dabei Atmung beschleunigt, Puls etwas irregulär, beschleunigt, Herztöne sehr laut, Herzgrenzen nicht verbreitert, Hände und Füße hin und wieder kalt anzufühlen, oft aber auch gar nicht (trotz subjektivem Kältegefühl). Auf Digitalis und Strophantus deutliche Besserung, ebenso auf Hypnotika, oft auch durch Suggestion (Aufdrücken der Hand aufs Herz usw.). Der Blutdruck, der im allgemeinen 110 bis 120 mm ist, geht bei der kleinsten Erregung, Gespräch usw. auf 130 bis 140 hinauf, einmal, als sie über ihre Suizidideen sprach, gar auf 150 mm. In den schweren Angstanfällen hingegen überstieg er selten 130 mm.

Schlußsätze. I. Der Apparat von *Riva-Rocci*$_0$ modifiziert nach *Sahli* ist hinreichend genau und funktioniert tadellos, hat aber zwei Nachteile, die speziell bei psychologischen Versuchen ziemlich störend sind, nämlich:

a) der Druck der Manschette verändert hin und wieder die Resultate, besonders bei sensiblen Personen oder wenn man die Manschette für längere Zeit aufgeblasen am Arm läßt;

b) die Blutdruckschwankungen können nicht direkt gemessen und registriert werden, sondern man muß für jede Messung zuerst Luft einpumpen, bis der Puls an der Radialis verschwunden ist, und dann warten, bis er wieder erscheint. Dies macht es oft unmöglich, die plötzlichen, feineren Schwankungen zu messen.

II. Die Werte sind meist bei steigender und fallender Quecksilbersäule nicht die gleichen. Man muß sich daher, um einheitliche Werte zu erhalten, entweder für die eine oder die andere Methode entschließen.

III. Die Resultate der allerersten Messungen sind meist höher als die folgenden, und zwar wegen der mit der Messung verbundenen Aufregung. Bei sensiblen Personen sind auch die ersten Messungen jeder Serie etwas höher als die folgenden.

Viel seltener tritt bei hohem Blutdruck, meist bei Deprimierten, durch die durch die Messung verursachte Ablenkung eine geringe initiale Senkung des Blutdruckes auf.

IV. Je höher der Blutdruck, um so geringer sind die kleinen, momentanen Schwankungen.

V. Der Blutdruck steigt und fällt im allgemeinen parallel dem Luftdruck und umgekehrt parallel der Temperatur.

VI. Die klinischen Krankheitsbilder lassen sich nicht durch den Blutdruck unterscheiden.

Die Beobachtungen an den einzelnen Krankheitsbildern sind folgende:

VII. Melancholie:

a) Der hohe Blutdruck ist kein konstantes Begleitsymptom der (*Kräpelin*schen) Melancholie;

b) Fehlen der Blutdruckerhöhung findet sich namentlich bei Fällen mit gleichmäßig depressivem Affekt, besonders wenn noch Hemmung hinzutritt;

c) wohl aber steigt der Blutdruck, wenn zum einfach depressiven Affekt noch ein weiteres Moment, z. B. Mißgunst, Gereiztheit oder die Hauptsache, Angst hinzukommt.

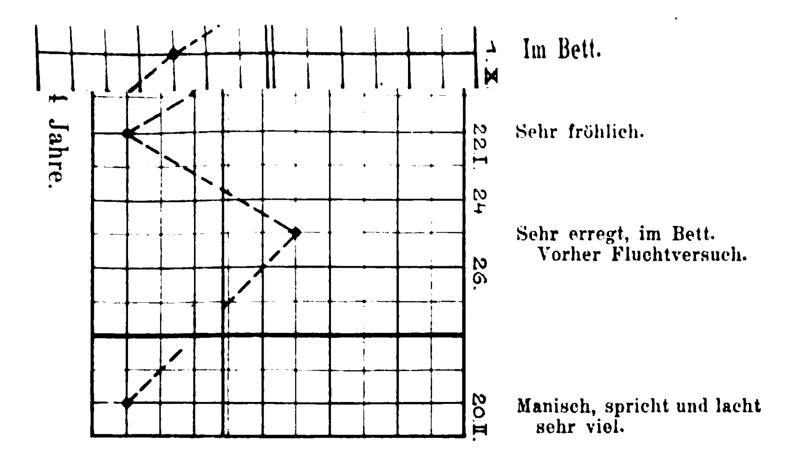
VIII. Manisch-depressives Irresein: Unter den beobachteten Fällen fand sich keiner der in der Literatur mehrfach erwähnten, bei denen der Blutdruck in der Manie tief und in der Depression hoch ist, wohl aber verschiedene Male der umgekehrte Typus: relativ niedriger Blutdruck in der Depression und um so höheres Ansteigen, je schwerer die Manie wurde. Von Laxantien und Bettruhe wurde kein deutlicher Einfluß auf den Blutdruck bemerkt. Höchstens wird er im Bett gleichmäßiger, die Kurven verlieren die großen Ausschläge.

IX. Epilepsie: im epileptischen Anfall ist der Blutdruck wahrscheinlich ein sehr hoher; nachher fällt er jäh ab, bleibt aber noch über dem Durchschnitt und kehrt erst allmählich zus dieem zurück. Während dieser Zeit ist er sehr labil.

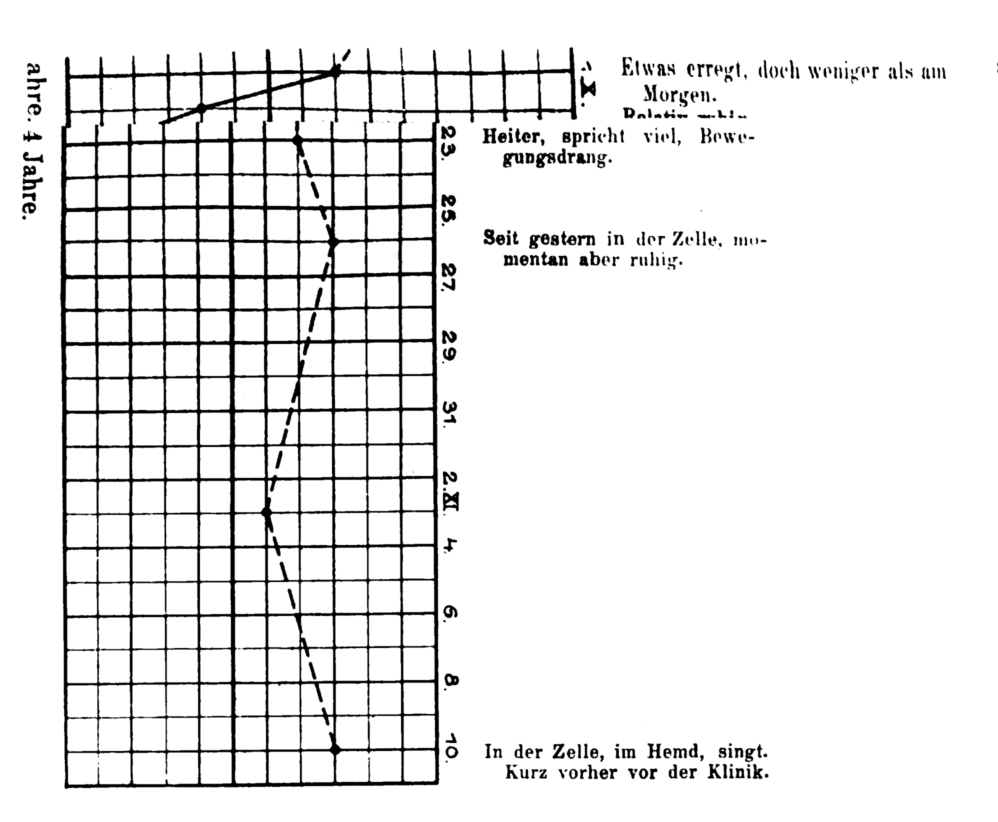
X. Dementia paralytica: Im Endstadium ist der Blutdruck meistens tief. Im allgemeinen ist der Blutdruck bei der Paralyse sehr labil. Sehr hohe Werte finden sich bei den Erregungszuständen.

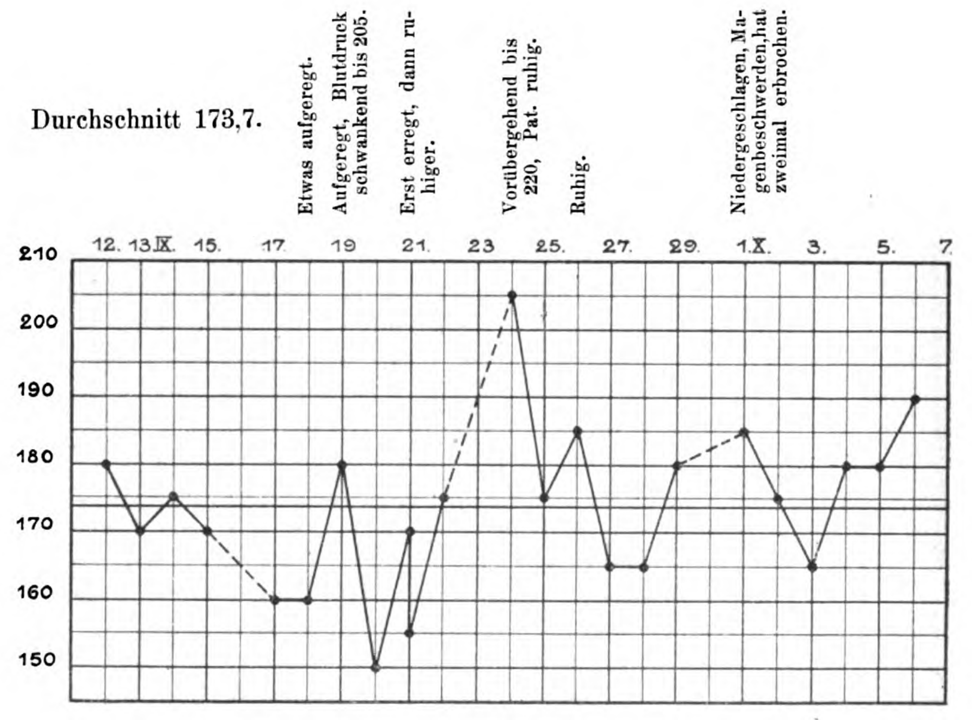
XI. Alkoholismus: Bei einem abklingenden Delirium tremens wurden eher niedrige Werte gefunden. Der chronische Alkoholismus zeigt normale, eher etwas niedrige Werte. Hingegen verändern die sekundären Erscheinungen den Blutdruck stärker, und zwar Arteriosklerose im positiven, Herzschwäche im negativen Sinne.



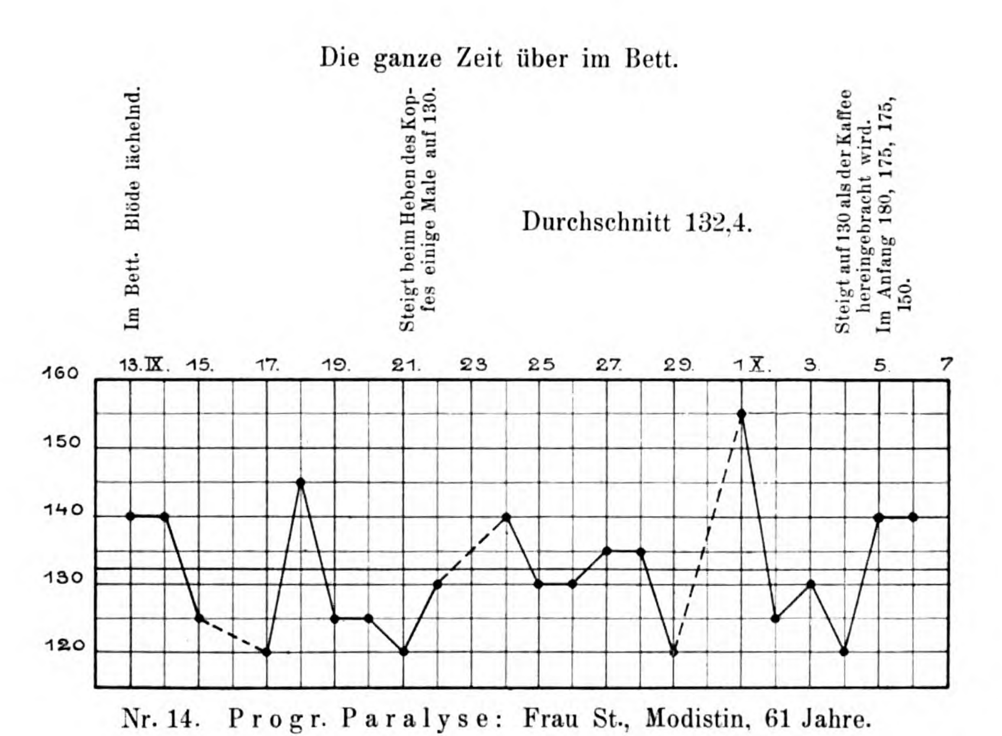

1. X.
Im Bett.
22. I.
Sehr fröhlich.
24
26.
Sehr erregt, im Bett. Vorher Fluchtversuch.
20. II.
Manisch, spricht und lacht sehr viel.
4 Jahre.

düm

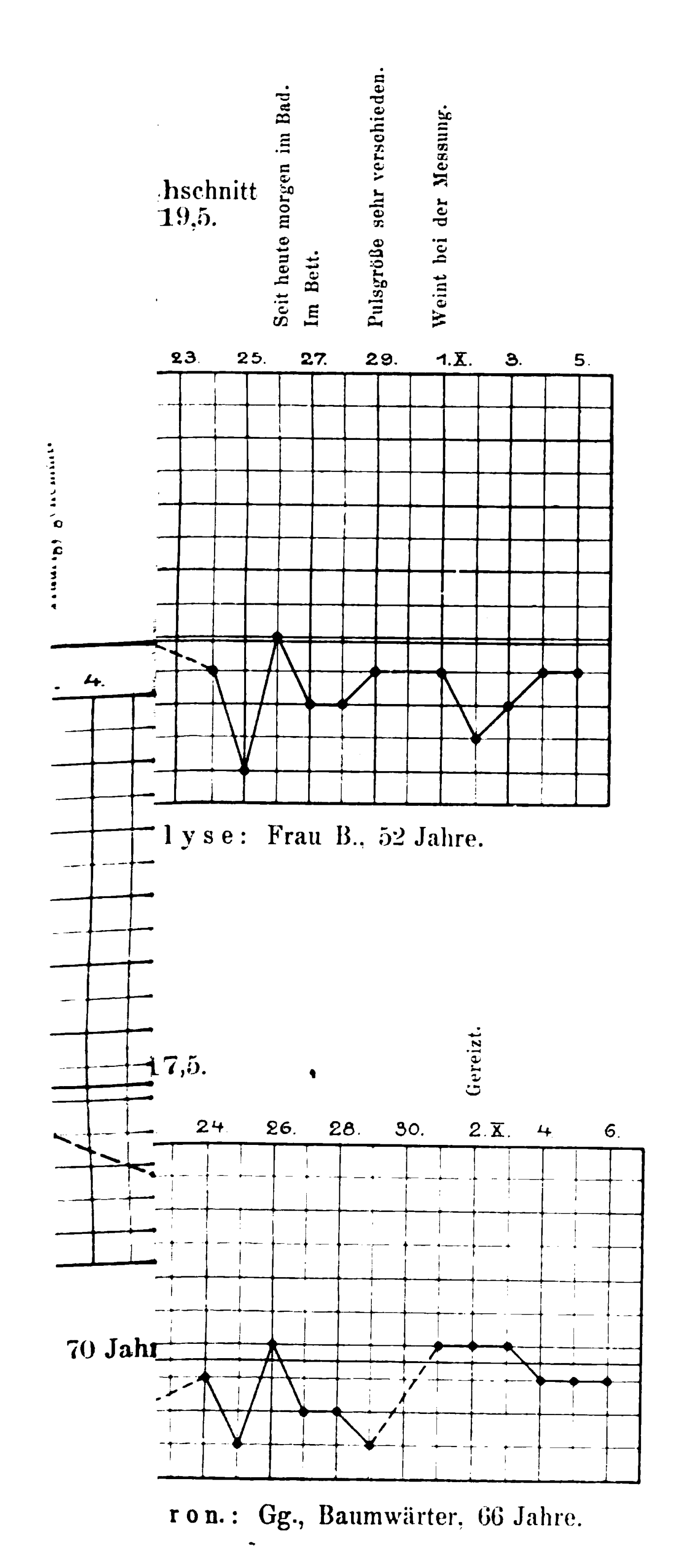

X.
Etwas erregt, doch weniger als am Morgen.
23.
Heiter, spricht viel, Bewegungsdrang.
25.
27.
Seit gestern in der Zelle, momentan aber ruhig.
29.
31.
2. XI.
4.
6.
8.
10.
In der Zelle, im Hemd, singt. Kurz vorher vor der Klinik.
ahre.
4 Jahre.




Nr. 13. Progressive Paralyse: Sch., Weinreisender, 41 Jahre.



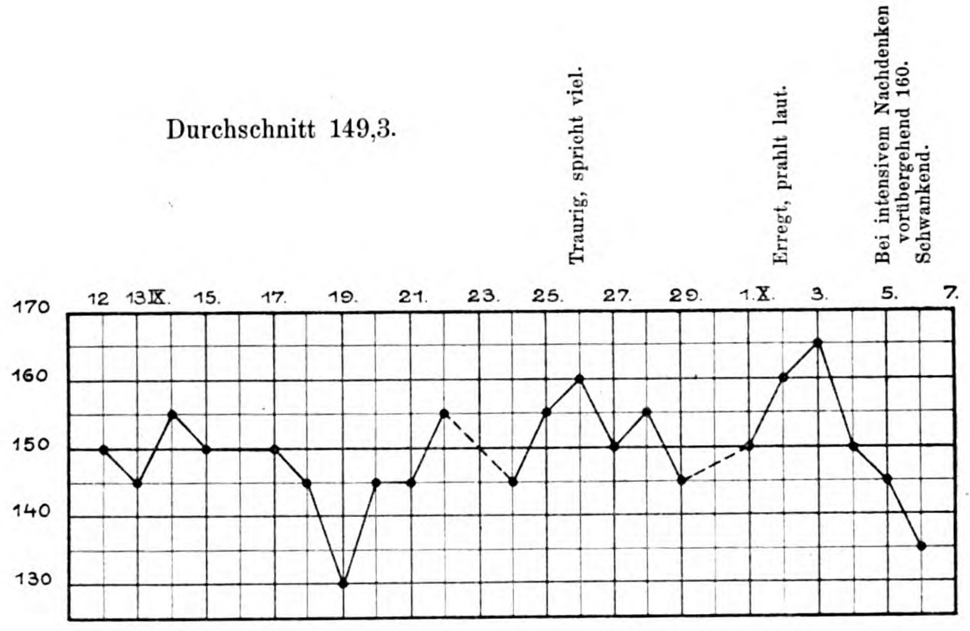

Nr. 14. Progr. Paralyse: Frau St., Modistin, 61 Jahre.



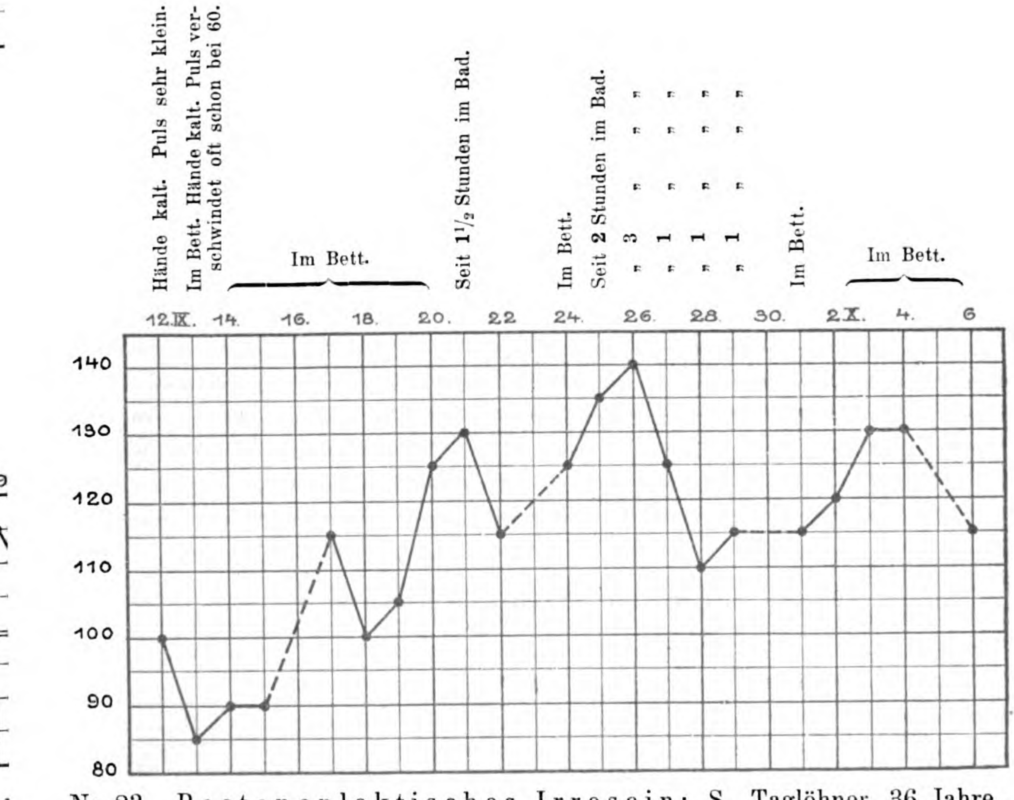

lyse: Frau B., 52 Jahre.

ron.: Gg., Baumwärter, 66 Jahre.





Nr. 18. Alcoholismus chron. (Korsakow): St.



Nr. 23. Postapoplektisches Irresein: S., Taglöhner, 36 Jahre.

XII. Dementia praecox weist ebenfalls keine charakteristischen Blutdruckwerte auf. Doch beeinflussen die Symptome (Erregung, Angst usw.) den Blutdruck oft sehr stark.

XIII. Beim Weinen sinkt der Blutdruck, der durch die vorherige Erregung oft beträchtlich gesteigert ist, meist jäh ab. Eine Ausnahme zeigte eine Hysterika, die nicht weinte, weil sie mußte, sondern weil sie wollte; hier blieb der Blutdruck während der Dauer des Schluchzens ein hoher.

XIV. Das postapoplektische Irresein weist sowohl ungemein hohe wie auch relativ niedrige Werte auf, und zwar letztere nicht nur unmittelbar ante exitum.

XV. Bei der Hysterie kann der Blutdruck bei einem und demselben Individuum sehr rasch wechseln; er ist auch bei den verschiedenen Individuen sehr verschieden, und von Gesetzmäßigkeit ist wenig oder gar nichts zu bemerken.

---

## Literatur.

1. *Adenio e Ugo Lombroso*, Jahresber. f. Neurol. u. Psych. V., 1901. (Ref.)
2. *Albrecht*, Die psychischen Ursachen der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XX, 1906.
3. *Alexander*, A few observations on the blood pressure in mental desease. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. VI., 1902.
4. *Alter*, Über das Verhalten des Blutdruckes bei gewissen psychopathischen Zuständen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, 1905.
5. *Bosc* et *Vedel*, La tension artérielle dans les maladies. Schmids Jahrb-Bd. 288, 1905. (Ref.)
6. *Craig*, Bloodpressure in the insane. The Lancet 1898, I.
7. *Cramer*, Über das Verhalten des Blutdrucks bei primären Stimmungsanomalien. Allg. Zschtr. f. Psych. Bd. 9, 1892.
8. *Cramer*, Über das Verhalten des Blutdrucks während der Angst der Melancholischen. Münch. med. Wschr. 1892.
9. *Dreyfus*, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.
10. *Dunton*, Some observations upon bloodpressure in the insane. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1905. (Ref.)
11. *Federn*, Resultate der Blutdruckmessung an Kranken. 21. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1904.
12. *Féré*, Les épilepsies et les épileptiques. Paris 1890.
13. *Fraenkel*, Diskussion. Berlin. klin. Wschr. 1900.





14. *Gennari*, Blutdruck bei Herzkranken. Deutsche med. Wschr. 1905. (Ref.)
15. *Geisboeck*, Die praktische Bedeutung der Blutdruckmessung. 21. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1904.
16. *Gottlieb*, Herzmittel und Vasomotorenmittel. Kongr. f. inn. Med., 1901.
17. *Gross*, Zur Kenntnis der pathologischen Blutdruckänderungen. Arch. f. klin. Med. Bd. 74, 1902.
18. *Hayashi*, Vergleichende Blutdruckmessungen an Gesunden und Kranken. Dissertation, Erlangen 1901.
19. *Kapsamer*, Blutdruckmessungen mit dem Gärtnerschen Tonometer. Berlin. klin. Wschr. 1900.
20. *Kiesow*, Versuche mit Mossos Sphygmomanometer usw. Philosoph. Studien Bd. XI.
21. *Kluge*, Die Messung des Blutdrucks am Menschen. Dissertation, Kiel 1893.
22. *Kocher*, Hirnerschütterung usw. Wien 1901.
23. *Kornfeld*, Über den Einfluß physischer und psychischer Arbeit auf den Blutdruck. Wien. med. Blätter 1899.
24. *Kornfeld*, Über Blutdruckmessungen in der Diagnose von Nervenkrankheiten.. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. IV., 1900. (Ref.)
25. *Kraepelin*, Psychiatrie. VII. Aufl., 1904.
26. *Krehl*, Über die krankhafte Erhöhung des arteriellen Druckes. D. med. Wschr. 1905.
27. *Kuelbs*, Zur Pathologie des Blutdrucks. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 84, 1905.
28. *Lévy*, Über den Blutdruck der tuberkulösen Individuen. Schmids Jahrb. Bd. 288, 1905. (Ref.)
29. *Masing*, Über das Verhalten des Blutdruckes des jungen und des bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 74, 1902.
30. *Moravcsik*, Rascher Wechsel expansiver und depressiver Zustandsbilder in einem Falle von progressiver Paralyse. Ztlbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 1908. S. 409.
31. *Moritz*, Was erfahren wir durch unsere klinischen Blutdruckmessungen beim Menschen? Münch. med. Wschr. 1909.
32. *Mosso*, La pression du sang dans l'air raréfié. Schmids Jahrb. Bd. 290. (Ref.)
33. *Mott*, Vier Vorlesungen aus der allgem. Pathologie des Nervensystems. Wiesbaden 1902.
34. *Müller*, Über den Einfluß von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 74, 1902.
35. *Neisser*, Über Blutdruckmessung am Krankenbett. Berlin. klin. Wschr. 1900.
36. *Pilcz*, Über einige Ergebnisse von Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. Wien. klin. Wschr. 1900.



37. *Rosse*-Lichtenberg, Beitrag zur Blutdruckmessung bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 59, 1902. S. 737.
38. *Sahli*, Untersuchungsmethoden. IV. Aufl. 1905.
39. *Sahli*, Untersuchungsmethoden. V. Aufl. 1908.
40. *Sahli*, Über das absolute Sphygmogramm usw. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 81.
41. *Sahli*, Herzmittel und Vasomotorenmittel. Kongreß f. inn. Med. 1901.
42. *Sahli*, Über Sphygmobolometrie usw. D. med. Wschr. 1907.
43. *Schüle*, Über Blutdruckmessung mit dem Tonometer von Gärtner. Berlin. klin. Wschr. 1900.
44. *Schilling*, Über Blutdruckmessungen. Münch. med. Wschr. 1906.
45. *Tigerstedt*, Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufs. 1893.
46. *Tigerstedt*, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. IV. Aufl., 1907.
47. *Walker*, Über manische und depressive Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 42, 1907.
48. *Ziehen*, Psychiatrie. 1902.





# Über chronisch-manische Zustände.

## Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den krankhaften Persönlichkeiten [1].

Von

Dr. **Paul Nitsche,** Oberarzt in Dresden.

Daß es chronisch-manische Zustände gibt, Fälle, in denen ein manisches Zustandsbild weit über die gewöhnliche, höchstens wenige Jahre umfassende Dauer hinaus anhält und das ganze Leben hindurch besteht, das ist eine Tatsache, auf die man vor kurzer Zeit erst aufmerksam geworden ist. Ein Überblick über die Meinungen der Autoren, die sich hauptsächlich damit beschäftigt haben, wird uns zeigen, daß sie in bezug auf Art und klinische Deutung des Krankheitsbildes voneinander abweichen. Es schien mir deshalb wertvoll zu sein, die Frage nach der klinischen Eigenart und Stellung solcher Fälle zu untersuchen, zu dem Zwecke aber vor allem die bisher äußerst spärliche Kasuistik durch Mitteilung von im Laufe der Zeit von mir gesammelten Krankengeschichten zu bereichern. In deren Wiedergabe glaubte ich ziemlich ausführlich verfahren zu müssen, um möglichst anschauliche Bilder zu liefern, die der individuellen Eigenart der Fälle gerecht würden. Es lag mir besonders daran, auf die Art des Verlaufes, auf den Beginn der krankhaften Erscheinungen, auf den Zeitpunkt eintretender Verschlimmerungen usw. die Aufmerksamkeit zu lenken. Auch habe ich mich, was ich besonders hervorhebe, in der vorliegenden Arbeit streng an die von mir gesammelten und an die wenigen in der Literatur vorhandenen Krankengeschichten gehalten. Man wird daher finden, dass ich manche Frage, die heute vielfach

[1]) Diese Arbeit ist hervorgegangen aus einem 1907 auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie gehaltenen Vortrage (s. diese Ztschr. Bd. 64, S. 493 ff.). Sie wurde bereits vor 2 Jahren abgeschlossen.



mit der der chronischen Manie verquickt wird, z. B. die Paranoiafrage, wenig beachtet habe, einfach deshalb, weil ich nicht über geeignete Beobachtungen verfüge, die als Grundlage für die Erörterung dienen könnten.

Wenn ich die Frage nach der klinischen Stellung meiner Fälle schließlich dahin beantworte, daß sie dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen seien, so glaube ich nicht, mit dieser Zuordnung, mit ihrem Verschwindenlassen in dem „großen Topfe" das Problem definitiv gelöst zu haben. Mit vielen anderen halte ich die Aufstellung jener großen Krankheitsgruppe für einen Fortschritt, bin aber auch der Meinung, daß diese Aufstellung nur eine Durchgangsphase auf dem Wege ist, den die sich rein klinischer Kriterien — denn andere haben wir bei den in Frage kommenden Psychosen vorläufig nicht — bedienende Forschung notwendig gehen muß; daß der Phase des Zusammenwerfens und Zusammenfassens ein Stadium des Sichtens und Abteilens, hie und da auch des Wiederloslösens folgen wird.

## I.

Ältere Autoren verstehen unter chronischer Manie, gemäß der älteren, symptomatischen Bedeutung des Wortes Manie, chronische Erregungszustände überhaupt; wir erkennen in ihren Schilderungen leicht gewisse, unter dem Bilde von dauernder Erregung verlaufende Endzustände von Verblödungspsychosen wieder, die heute unter dem Namen Dementia praecox zusammengefaßt werden.

Von neueren Forschern, die als Manie oder manische Erregung einen eigenartigen Symptomenkomplex von im allgemeinen günstiger Prognose bezeichnen — mögen sie in ihm nun eine selbständige Krankheit sehen oder eine Phase des manisch-depressiven Irreseins —, von diesen neueren Forschern beschreiben einige als chronische Manie seltene Ausgangsformen der akuten Manie, so z. B. *Ziehen:* „Hier halten heitere Verstimmung, Ideenflucht und Bewegungsdrang ohne Intelligenzdefekt viele Jahre an" [1]).

*Schott* [2]) hat die Krankengeschichten von vier Fällen mitgeteilt, in denen eine manische Erregung 29, 24, 20 und 15 Jahre anhielt.

[1]) *Ziehen,* Psychiatrie II. Aufl.

[2]) *Schott,* Monatsschrift f. Psych. u. Neur. Bd. XV.

In zwei derselben handele es sich um eine rezidivierende Manie, bei der der letzte manische Anfall die chronische Form angenommen hatte; in den beiden anderen liege nach der Vorgeschichte die Möglichkeit einer zirkulären Geistesstörung vor, deren letzte Attaquen ausschließlich manische waren und zu dem chronischen Erregungszustand überleiteten. *Schott* stellt bei diesen chronisch-manischen Zuständen eine gemütliche Verrohung und Urteilschwäche fest und faßt demgemäß die chronische Manie als besondere Demenzform auf, die vorwiegend auf dem Boden schwerer erblicher Belastung und konstitutioneller Veranlagung entstehe. „Sie ist charakterisiert durch den manischen Symptomenkomplex in milderer Form als bei der akuten Manie und gekennzeichnet durch eine verhältnismäßig geringe Schädigung der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Schulkenntnisse und der geistigen Regsamkeit, während eine ethische Degeneration, sowie eine Urteilschwäche und Kritiklosigkeit, vorherrschend in bezug auf die eigene Person und Leistungsfähigkeit, ziemlich erhebliche Grade erreichen können.“

Während man also neuerdings auf der einen Seite die chronische Manie mit der akuten und mit dem zirkulären Irresein zusammenstellt, sie als Ausgangsform dieser Störungen betrachtet, weisen ihr andere Forscher eine klinische Sonderstellung zu. Sie haben aber dann Fälle anderer Art im Auge. Bei ihnen umfaßt der in Rede stehende Begriff manisch gefärbte Erregungen leichter und leichtester Art, die sich über lange Zeiträume erstrecken und meist sehr frühzeitig einsetzen, die eben deshalb, und weil sich bei erhaltener Besonnenheit und äußerlich geordnetem Verhalten die Erregung vorwiegend in sehr geringer Höhe hält, nicht als Psychosen erscheinen, sondern den Eindruck konstitutionell-psychopathischer Dauerzustände machen.

*Wernicke*[1]) beschreibt die Störung mit folgenden Worten: „Abgesehen von der akuten Manie gibt es ein eigenes Krankheitsbild, welches den Namen der chronischen Manie verdient. Über seine Entstehung weiß ich nichts Sicheres zu sagen, nur das eine scheint mir festzustehen, daß eine akute reine Manie niemals zu einer chronischen Manie wird. Auch die schließlich die freien Zwischenzeiten

[1]) *Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie. 1906.



überwiegenden Anfälle der rezidivierenden Manie werden nicht etwa zu einer chronischen Manie, wenigstens nicht in der engen Fassung des Wortes, die ich allein vertreten kann. Die chronische Manie hat alle wesentlichen Kennzeichen der akuten Manie, nur so modifiziert, wie es die Bedingungen eines chronischen, stabilen Zustandes mit sich bringen. Die Ideenflucht hält sich demgemäß in mäßigen Grenzen und steht noch unter dem Einfluß einer gewissen Besonnenheit und Selbstbeherrschung. Demgemäß ist die heitere Stimmung wenig ausgeprägt, kommt aber doch gelegentlich zum Durchbruch. Dagegen wird durch die unausbleiblichen Kollisionen mit der Sozietät eine zornmütige Stimmungslage unterhalten. Das gesteigerte Selbstgefühl, das sich nicht bis zu eigentlichem Größenwahn erhebt, ist doch sehr merklich und verleiht den betreffenden Individuen eine Sicherheit des Auftretens, welche ihnen im Verein mit der unleugbar vorhandenen geistigen Produktivität ihr Fortkommen erleichtert. Dabei schaffen sie sich selbst fortwährend allerlei Schwierigkeiten und Kollisionen durch die Nichtachtung aller derjenigen Normen und Rücksichten, welche ihnen durch Sitte und Gesetz auferlegt werden. Sie nehmen keinerlei und beanspruchen die größte Rücksicht. Eine formale Denkstörung braucht bei diesem Zustande auch nicht andeutungsweise vorhanden zu sein. In einem Falle der Art war eine mehrjährige Psychose vorangegangen, worüber nähere Nachrichten nicht zu erhalten waren, die aber sicher keine reine Manie war. Der Kranke ermangelte jeder Krankheitseinsicht dafür, und es war wohl gerechtfertigt, seinen eben geschilderten Zustand als Heilung mit Defekt oder, wenn man daran Anstoß nimmt, als einen durch eine Psychose erworbenen Defektzustand aufzufassen."

Auch *G. Specht*[1]) sieht in der chronischen Manie eine selbständige Geisteskrankheit, eine Form der konstitutionell psychopathischen Zustände. Es handelt sich nach ihm um einen manischen Erscheinungskomplex, der sich der Hauptsache nach „auf der Intensitätsstufe der Hypomanie bewegt und zumeist in der nörgelnden und vernünftelnden Nuance derselben abspielt. Temporäre Exazerbationen können jedoch das

[1]) *Specht*, Chronische Manie und Paranoia. Zentralbl. für Nervenheilkunde u. Psych. Bd. 16.



Bild bis zu furibunder Tobsucht oder deliranter Verworrenheit steigern. Die Entstehung des psychopathischen Zustandes wird immer mit der Ausreifung der Persönlichkeit zusammenfallen, wenn auch die Verschlimmerung der Gesamterscheinungen bis zur sozialen Unerträglichkeit erst später, auf der Höhe des Lebens, sich auszuprägen pflegt. Eine Rückkehr zur Norm kann schon a priori gar nicht erwartet werden, da ja die betreffenden Individuen, seitdem sie vollentwickelte Persönlichkeiten geworden, bereits die Grenze des Pathologischen überschritten hatten. Erst mit dem Eintritt des Alters pflegt das Bild allmählich nachzudunkeln und an pathologischer Vollsaftigkeit einzubüßen." „Das klinische Bild der chronischen Manie geht keineswegs restlos im hypomanischen Symptomenkomplex auf, sondern wird nicht selten noch durch sekundäre Erscheinungen, die sich als natürliche Folgezustände der Chronizität ergeben, kompliziert [1])."

*Siefert* [2]) hat einen hierher gehörenden Fall beschrieben, in dem anscheinend das ganze Leben hindurch, d. h. von den Knabenjahren des Kranken an bis zu seinem 36. Lebensjahre, ein hypomanisches Verhalten bestand. Er hat mit seiner 1902 erschienenen Arbeit besonders dazu beigetragen, der ganzen Frage die allgemeine Aufmerksamkeit zuzuwenden. *Siefert* spricht sich übrigens über die klinische Stellung seines Falles nicht näher aus.

Schon sieben Jahre zuvor, 1895, hatte *van Deventer* [3]) eine Krankengeschichte veröffentlicht von einem Patienten, bei dem er die Diagnose „sanguinische Minderwertigkeit" stellte. Er sieht in dem Bilde, das sein Kranker bot, eine Übergangsform zwischen dem normalen Menschen und dem psychisch Kranken, zwischen dem „sanguinisch temperierten" Normalen und dem Maniakus.

---

[1]) Inzwischen hat *Specht* seine Auffassung von der klinischen Stellung seiner chronischen Manie geändert. In dem nach der Niederschrift der vorliegenden Arbeit erschienenen Aufsatze „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia" (Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie Bd. 19) erklärt er die chronische Manie für „eine der — wenn ich so sagen darf — gestreckten Erscheinungsformen des manisch-melancholischen Irreseins"; er bekennt sich also zu dem in dieser Arbeit, wie man sehen wird, vertretenen und begründeten Standpunkt.

[2]) *Siefert*, Über chronische Manie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59.

[3]) *van Deventer*, Ein Fall von sanguinischer Minderwertigkeit. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. 51.

Vier ähnliche Fälle beschreibt auch *Jung* [1]).

Ihre Eigentümlichkeit besteht „in einem chronisch submanischen Verhalten“. Die Bezeichnung chronische Manie erscheint *Jung* als zu stark für seine Kranken. Dazu bedürfe man vor allem der manischen Hauptsymptome: „Gemütslabilität mit vorwiegend heiterer Verstimmung, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Vielgeschäftigkeit (oder Bewegungsdrang) und in Abhängigkeit von den Hauptsymptomen: Selbstüberschätzung, Größenideen, Alkoholismus und sonstige moralische Defekte“. *Jung* hält für seine Fälle die Diagnose manische Verstimmung für angemessen, setzt diesen Zustand in Parallele mit der konstitutionellen melancholischen Verstimmung und räumt ihr dieselbe Stellung zwischen „gesund und krank“ ein wie dieser.

Ein mit *Jung*s manischer Verstimmung übereinstimmendes Krankheitsbild hat *Kraepelin* in der VII. Auflage seines Lehrbuches geschildert, das er als konstitutionelle Erregung den originären Krankheitszuständen unterordnet. Es handelt sich hier um krankhafte Persönlichkeiten, die schon von Kindheit an eine dauernde, ganz leichte psychomotorische Erregung mit gehobener, sorgloser Stimmung und stark ausgeprägtem Selbstgefühl zeigen. Die Kranken sind hochfahrend und reizbar, gemütlich roh, zu allerlei Streichen aufgelegt, sind veränderlich, redselig und ohne Ausdauer. Ihr Leben ist eine Kette von unbesonnenen, abenteuerlichen, ja bedenklichen Handlungen; sie machen die verschiedensten Anläufe, um es zu einer Lebensstellung zu bringen, schmieden große Pläne, ohne jedoch zu einem dauernden Zustande zu kommen. „Die Berührungen dieses Krankheitsbildes mit leicht hypomanischen Zuständen sind, wie ich denke, unverkennbar. Nur ist die Erregung hier noch schwächer angedeutet, und sie verläuft nicht in abgegrenzten Anfällen, sondern sie ist eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit. Allerdings scheinen in einzelnen Fällen vorübergehende Steigerungen derselben bis zu deliriösen Zuständen vorzukommen; bei anderen Kranken machen sich leise periodische Schwankungen mit Zunahme der Reizbarkeit und Unbotmäßigkeit bemerkbar; endlich kommen auch gelegentlich ängstliche Stimmungen

[1]) *Jung*, Über manische Verstimmung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61.

mit unbestimmten Verfolgungsideen zur Beobachtung. Alle diese Erfahrungen dürften dafür sprechen, daß wir es hier mit einer dauernden Störung des psychischen Gleichgewichtes zu tun haben, die in ähnlicher Weise die Vorstufe der manischen Erregung bildet, wie wir die konstitutionelle Verstimmung als diejenige der zirkulären Depression aufgefaßt haben. Wir erinnern uns dabei an die Erfahrung, daß auch in den Zwischenzeiten des manisch-depressiven Irreseins nicht selten eine ganz leichte Erregung ähnlicher Art fortbesteht. Wenn man also will, kann man dort wie hier von einer „chronischen" oder „konstitutionellen" Manie sprechen. In dem Abschnitte der genannten Auflage seines Lehrbuches, das vom manisch-depressiven Irresein handelt, widmet dann *Kraepelin* der chronischen oder, wie er sie lieber nennen will, konstitutionellen Manie noch einige Worte. Er sagt, es handele sich hier in der Regel nicht um einen Schwächezustand, der nach schwerer Erkrankung zurückgeblieben sei, sondern um Formen mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen; meist lassen sich in diesen Fällen Zeiten mit stärkerer Erregung, vorübergehende Depressionen oder Mischzustände abgrenzen; außerdem zeige sich, daß die Kranken auch in den freieren Zwischenzeiten mehr oder weniger deutliche manische Züge dargeboten haben. Diese Formen des manisch-depressiven Irreseins führen nach *Kraepelin* ohne scharfe Grenze in das Gebiet der krankhaften Persönlichkeiten hinüber.

Wir haben mit den vorstehenden Bemerkungen einen Überblick über den jetzigen Stand der Lehre von der chronischen Manie gewonnen. Fassen wir das Gesagte nochmals kurz zusammen. Einige Forscher sind der Meinung — und *Schott* hat mit seinen Krankengeschichten den Beweis für die Richtigkeit dieser Lehre erbracht —, daß bisweilen die Dauer einer manischen Erregung s c h w e r e r e n Grades den Zeitraum von höchstens einigen Jahren weit überschreiten kann, den man gewöhnlich für das Bestehen solcher Zustände annimmt. Nach ihnen gibt es also chronische manische Erregungen schwereren Grades; ob es sich da wirklich um terminale Schwächezustände nach akuten Formen handelt, lassen wir dahingestellt sein. Eine Reihe von anderen Autoren beschreibt manisch gefärbte chronische Erregungen leichten und leichtesten Grades als „chronische Manie", „manische Verstimmung", „sanguinische Minderwertigkeit" und weist ihnen



einen Platz unter den konstitutionell psychopathischen Zuständen zu, betrachtet sie jedenfalls als selbständige Krankheitsbilder. Schließlich betont *Kraepelin* die nahen Beziehungen dieser letztgenannten Formen zu seinem manisch-depressiven Irresein. Er trennt die leichtesten Grade ohne erhebliche Exazerbationen von den übrigen ab, weist sie unter dem Namen „konstitutionelle Erregung" den originären Krankheitszuständen zu und faßt sie als „Vorform der manischen Erregung" auf. In anderen Fällen handelt es sich nach ihm um Unterarten des manisch-depressiven Irreseins, um „Formen mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen".

Wir gehen nun zur Betrachtung von hierher gehörigen Krankheitsfällen über. Den von mir gesammelten Krankengeschichten füge ich noch die in den erwähnten Arbeiten von *Siefert* und *Jung* mitgeteilten im Auszuge an.

Für die Erlaubnis zur Benutzung und Veröffentlichung der Krankengeschichten bin ich den Herren Hofrat *Kraepelin* in München, Professor *Nissl* in Heidelberg, Professor *Sioli* in Frankfurt a. M. und Direktor *Vocke* in Eglfing zu Danke verpflichtet.

## II.

Zunächst gibt es Fälle, in denen dauernd und offenbar von Jugend auf ein echt hypomanischer Zustand besteht, der sich in nichts unterscheidet von den Bildern hypomanischer Erregung, wie sie im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins als Vorstadium einer schwereren Manie oder als selbständige Psychose auftreten. Ein gutes Beispiel dafür bildet der von *Siefert* beschriebene Kranke.

36jähriger Arbeiter. Früh verwaist. Vater Säufer. Mit 9 Jahren nach einem heftigen Schlage auf den Kopf 10 Stunden lang bewußtlos. Seitdem häufig Kopfschmerzen. Vom 10. Jahre an bei einer Zigeunertruppe, machte „Komödiantenstreiche"; dann bei einer „Tartarentruppe". Wiederholt polizeilich zurückgebracht, riß er immer wieder aus. Dann bis zum 14. Jahre in Zwangserziehungsanstalt. Nach Konfirmation ein Jahr Knopfmacher, entlief dann. Seitdem unstätes Wanderleben, Alkoholismus. Mit 17 Jahren freiwillig zum Militär; desertierte bereits im ersten Dienstjahre, zweijährige Festungsstrafe. Nach Militärzeit Verheiratung; trotzdem aber weiter unstäte Lebensführung. War abwechselnd Komiker, Coupletsänger, Kasperltheaterspieler usw. Zwei Gefängnisstrafen wegen Kleiderdiebstahls, mehrmals Arbeitshaus. Un-



regelmäßige Tätigkeit als Bademeister, Säckeflicker, Gärtner, Holzhacker usw. In der Zeit von April 1899 bis September 1900 wiederholt in die Klinik zu Halle aufgenommen, einmal einige Monate lang in einer Irrenanstalt. Dauernd von unverwüstlicher Heiterkeit, pfiffig, gravitätisch, ungeniert, Spaßmacher; auf der Abteilung vielgeschäftig, mischt sich in alles hinein, dandyhaftes Äußere, große Neigung zum Renommieren, Selbstüberschätzung, flüchtiges Plänemachen, Weltverbesserungspläne; in den sprachlichen Äußerungen bei längerer Rede abschweifend, kommt vom Hundertsten ins Tausendste; verhältnismäßig gute Kenntnisse, geschickter Arbeiter, auffallend geringes Schlafbedürfnis. Mehrmals vorübergehend Symptome von akuter Alkoholpsychose. Die Aufnahme in die Klinik meist veranlaßt durch alkoholische Exzesse. Bei längerem Aufenthalte in der Klinik geringes Zurückgehen der psychotischen Erscheinungen in quantitativer Hinsicht.

Wir müssen die Ansicht *Sieferts* teilen, der in dem Gesamtzustande des Patienten „ein chronisches, rein maniakalisches Bild" sieht, „soweit Anamnese und Untersuchung eine Klärung überhaupt zu schaffen vermögen". Denn sein ganzes Leben, soweit es sich zurückverfolgen läßt, ist „eine ununterbrochene Kette von Handlungen, die den Stempel des manisch Bedingten an sich tragen und überall die gleiche krankhafte Persönlichkeit erkennen lassen, von Handlungen, wie sie aus dem hier gewonnenen psychopathologischen Bilde sich notwendigerweise ergeben müssen". Freilich dürfen wir uns nicht verhehlen, daß wir nicht sagen können, ob die psychotischen Symptome, die Patient zuletzt bietet, in gleichem Grade von Anfang an bestanden haben. Außer an periodische Schwankungen, deren Möglichkeit *Siefert* selbst erwähnt, ist da noch zu denken an eine allmähliche Zunahme der Störung mit vorrückendem Alter. Die Mangelhaftigkeit der Anamnese gestattet hierüber kein Urteil. Wir werden dieser Schwierigkeit noch oft begegnen.

Diesem *Siefert*schen Fall ist der im nachstehenden beschriebene Kranke meiner Beobachtung anzureihen.

### Fall I.

Lorenz Langmüller[1]), verwitweter Maurer, geboren 1835. — Der Vater des Kranken starb an Phthise. Er war „nicht gescheidt", prozessierte viel, stritt wegen jeder Kleinigkeit, trank gerne und war „stinkfaul". Auch die Mutter schildert L. als „dreiviertelsnärrisch";

[1]) Die in den Krankengeschichten angeführten Namen der Kranken sind fingiert.

auch nach Aussage anderer Personen war sie jähzornig, sehr redselig und rachgierig.

L. selbst besuchte als Kind keine Schule. Vom 8. Jahre an hütete er Vieh, wurde später Bauernknecht und mit 18 Jahren Maurer. Bis zu seinem 32. Lebensjahre blieb er in seinem Heimatdorfe; in den nächsten 7 Jahren arbeitete er nacheinander in verschiedenen Ortschaften von Oberbayern. Seit 1874 lebt er dauernd in München; nur einmal, 1886, war er einen Sommer hindurch in der Schweiz auf Arbeit. Er hat sich bis vor 9 Jahren durch Maurerarbeit ernährt und dann, als ihm das zunehmende Alter diese Arbeit unmöglich gemacht, sich seinen Unterhalt durch Gelegenheitsarbeit verschafft. Seit 21 Jahren lebt er mit einer nahezu gleichaltrigen Witwe zusammen, die ihn und seine Familie von Jugend auf kennt. In der Zeit von 1863 bis 1904 ist L. dreißigmal gerichtlich bestraft worden und zwar einundzwanzigmal mit kleinen Freiheitstrafen wegen Ruhestörung, Sachbeschädigung, Tierquälerei, Waffentragens, Bettelns und Landstreicherei; dazu kommen dann noch einige größere Gefängnisstrafen von einem Monat bis zu 2½ Jahren, die alle wegen Körperverletzungen, begangen bei Schlägereien und Ruhestörungen, über ihn verhängt worden waren. Alle diese Strafen verteilen sich ziemlich regelmäßig über den genannten Zeitraum. Am 15. Mai 1904 beleidigte L. einen Schutzmann, der ihn aufgefordert hatte, seinen Handkarren von einem Furwerk loszubinden, indem er demselben zurief, er möge sich vor ihm in acht nehmen, er, L., habe schon zweimal einen Schutzmann aus dem Amte gebracht; der Schutzmann solle froh sein, daß er eine Stellung und etwas zu „fressen" habe. Als der Schutzmann zwei Tage später in die Wohnung des L. kam, fing dieser an zu schreien und verbot ihm die Wohnung unter Beschimpfungen. Am 21. Mai wegen Forstfrevels kontrolliert, nannte er den kontrollierenden Schutzmann einen „überspannten Kerl". Im gerichtlichen Verhöre gab L. an, er leide an Mastdarmkrämpfen und sei im Kopfe nicht ganz richtig; die Leute sagten von ihm, er sei „dreiviertelnarrisch". Das Gericht beschloß, ihn nach § 81 StrPO. in die damalige Münchener Kreisirrenanstalt einzuweisen, in der er vom 10. November bis 21. Dezember 1904 beobachtet wurde.

Die körperliche Untersuchung ergab außer einem Leistenbruch, entrundeten und leicht differenten, etwas träge reagierenden Pupillen, beginnender Linsentrübung auf dem rechten Auge und leichter Arteriosklerose nichts Bemerkenswertes.

Über seinen psychischen Zustand entnehme ich dem auf Grund der Beobachtung von Herrn Dr. *F. Probst* abgegebenen Gutachten folgende Schilderung:

„Langmüller war während seines ganzen hiesigen Aufenthaltes andauernd in der vergnügtesten Stimmung; er lag stets zu Bett, mit der Motivierung, daß es „da schön warm sei" und sein Bruch „drinn"

bleibe; nachdem ihm seine Bitte um Nachmittagskaffee gewährt war, erklärte er, er wolle ganz dableiben; so gut habe er es in seinem Leben noch nie gehabt; er lag den ganzen Tag, ohne auch nur die Zeitung oder Bilder anzusehen, seine ganze Beschäftigung bestand darin, Pfleger und Mitpatienten durch Schnurren und Erzählungen aus seinem Leben zu unterhalten. Den Ärzten gegenüber war Langmüller stets höflich, gab mit großer Bereitwilligkeit auf Fragen Auskunft; bei den Explorationen kam er stets ins Schwätzen, geriet in seinem Redestrom von einer Geschichte in die andere, so daß er immer zum Thema wieder zurückgeführt werden mußte; in allen seinen Angaben behielt er stets die Neigung zu witzigen Pointen und derb humoristischen Ausschmückungen. Nach seinem Namen gefragt, antwortete er lachend: „Ich bin der Langmüller, der spinnende; aber ich bin nur dreiviertel Narr; ganz spinnen mag ich nicht.“ Sein Geburtsjahr gab er falsch an; (1837 statt 1835) sonst war er persönlich stets orientiert. Ein Bruder, erzählte er, sei im Zuchthaus gestorben; der habe einen erschossen gehabt; „den andern Bruder habens derschlagen“. Diese Erinnerung gab dem L. Veranlassung zu folgender Ausführung: „Unsere ganze Familie ist so jähzornig; wenn ich einmal um meine Ruhe gebeten hab' dann bin ich gefährlich geworden; da gibt es Messer; ich hab schon mehreren die Därm außi lassen, mir sinds auch schon rausgelassen worden; ich hab' die Därm in der Hosen gehabt, aber luck hab' ich nicht gelassen.“ Am Raufen schien er überhaupt eine besondere Freude zu haben; auf das gingen die meisten seiner Geschichten hinaus; mit Stolz erzählte er einmal, daß ihm „sein Lebtag“ nur zwei begegnet seien, denen er den Hintern nicht habe unterkriegen können. In die Schule sei er kaum gegangen, habe sie „wenig genossen“; mit dem Lesen und Schreiben habe er es „nie nicht“ gehabt. 1870 habe er geheiratet; die Ehe sei kinderlos geblieben; über seine Frau äußert er sich ganz vergnügt in der häßlichsten Weise: „die ist nicht gestorben, die ist verreckt“, nennt sie eine Hure, schildert, wie er sie „verhaut“ habe. Alle „Weibeln“ sollte man wie bei den Hunden ersäufen; sie hätten keinen Wert. Seine Frau hätte immer andere Männer gehabt; einmal habe er sich im Eisenbahnwagen schlafend gestellt und zugesehen, wie sich seine Frau von einem Eisenbahnbeamten habe poussieren lassen. Seine Frau habe auch einmal ein Kind bekommen, gerade als er 11 Monate auf Laufen gesessen. „Für Frauenzimmer hab ich nie nichts taugt“, fügte er bei, „ich bin noch Jüngling, wenn ich auch 69 Jahr alt bin; mir lauft niemand nach; aber ein ganz Hölzerner bin ich auch nicht gewesen, alle Quartal einmal.“ Jüngling ist seiner Ansicht nach, wer kein Kind „zusammengebracht“ hat. Seine Vorstrafen gab er zu; er sei so oft bestraft worden, daß er die Zahl der Strafen nicht mehr wisse; gerne renommierte er mit seinem Verhalten vor Gericht, wie er z. B. einen ganzen Gerichtshof Spitzbuben genannt habe; Beleidigungen habe er „einen ganzen Leiterwagen“ begangen. Über frühere Erkrankungen befragt, machte er folgende

Angaben: Er habe früher Krämpfe gehabt. Seit den siebziger Jahren habe er den „Mastdarmkrampf". Der Professor „Schweininger" habe ihm einmal ein Loch in den After schneiden wollen, er habe sich aber nicht darauf eingelassen, sondern sich durch heiße Bäder kuriert. Als er hier einmal in der Anstalt über Leibschmerzen klagte und ihm der Arzt etwas verordnen wollte, lachte er, meinte: „Sie täten den Professor Schweininger spielen; das geht nicht"; er kuriere sich selbst; man solle ihm einen heißen Ziegelstein auf den Bauch und einen unter den After legen, dann öffne sich der Mastdarm von selbst. 1886 habe er sich in der Schweiz den rechten Arm und „den rechten Haxen" abgefallen. Getrunken habe er nie, er könne nichts vertragen; wenn er 6 Glas Bier trinke, habe er schon einen solchen Rausch, daß er nicht mehr gehen könne; er trinke nur saure Milch und Kaffee. Tatsächlich hat L. auch während seines sechswöchigen Aufenthaltes in der Anstalt nie um Bier gebeten, und als man ihm einmal ein Glas anbot, dasselbe entrüstet zurückgewiesen. Gefragt, ob er sich denn für geisteskrank halte, lachte er und sagte: „ein bissel spinnen tu' ich schon; ein Gachzorniger ist ein dreiviertel Närrischer und ein Besoffener auch, und wer sich recht plagt und schindet, auch". Seine allgemeinen Kenntnisse sind seinem Stand entsprechend; kleinere Rechenexempel löst er meist richtig. Beim Abschied sagte er zum Arzte, nachdem er ihm noch einige Schnurren erzählt hatte: „ich muß Ihnen doch einen G'spaß vormachen, daß Ihnen die Zeit nicht lang wird, bal Sie mich nimmer haben; ich hab' Ihnen gern mögen, drum red' ich so; bald ich einen nicht mag, den straf' ich mit Verachtung."

Bei Erzählung seiner Reate fiel, wie in dem Gutachten weiter ausgeführt wird, die Untreue seiner Erinnerung auf. L. wich dabei erheblich von dem in den Akten festgestellten Sachverhalt ab, schmückte die Begebenheiten aus und vermengte früher und später Erlebtes vielfach miteinander. Eine eigentliche Störung der Merkfähigkeit war aber nicht nachzuweisen. In dem Gutachten wird schließlich zusammenfassend bemerkt, daß es sich bei L. um eine chronische senile Hypomanie handele, daß er sich aber anscheinend von jeher in einem dem jetzt bestehenden ähnlichen Zustande befunden habe. Die Voraussetzungen des § 51 RStrGB. wurden für gegeben erachtet. Daraufhin ward das Strafverfahren gegen ihn eingestellt.

Am 12. Juli 1907 ward L. auf polizeiliche Anordnung wiederum in die Irrenanstalt (Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München) eingewiesen, da er in der Zwischenzeit immer wieder infolge seiner Reizbarkeit in Konflikte mit seiner Umgebung gekommen war, Beamtenbeleidigungen und Bedrohungen begangen und einmal einem Hunde, der dem seinigen nachlief, die Hoden abgeschnitten hatte. Er bot jetzt noch genau das gleiche Bild wie bei seinem vorigen Anstaltsaufenthalte. Als ich ihn zum ersten Male sah, kam er mir, ohne mich zu kennen, mit zutraulicher Freundlichkeit entgegen und fing sofort an, aus seinem



Leben zu erzählen; er geriet dabei in einen unendlichen Redestrom, erzählte mit allerhand witzigen Wendungen, geriet vom Hundertsten ins Tausendste, zeigte jedoch keine gesteigerte Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke. L. ließ sich auch jederzeit unterbrechen und auf ein anderes Thema überleiten. Seine Stimmung war dauernd harmlos-vergnügt; wenn er erzählte, wurde er oft direkt ausgelassen, gestikulierte lebhaft und wollte sich über seine Witze ausschütten vor Lachen. Auf der Abteilung war er, wenn er nicht durch andere Kranke gereizt wurde, in keiner Weise störend; einen auffallenden Beschäftigungsdrang oder sonstwie zutage tretende motorische Unruhe zeigte er nicht. Über seine Vergangenheit befragt, gab er außer dem bereits Mitgeteilten noch an, er habe „alleweil so einen guten Humor" gehabt wie jetzt, sei nur lustig und gesprächig gewesen. Freilich sei er immer „dreiviertelnärrisch" gewesen. „Mei' narrische Weis' ist der Gachzorn" (d. i. Jähzorn). „Keinem Bittenden und keinem Weinenden hab' ich nie nichts zuleide getan." Bereits als vierjähriges Kind habe er im „Gachzorn" seinem Vater einen Kochlöffel an den Kopf geworfen. Von Zeiten schwererer Erregung oder von durchgemachten Depressionszuständen war nichts zu erfahren. Über die Krampfanfälle gab L. an, sie seien stets nach Ärger und Verdruß aufgetreten; er habe sich dabei längere Zeit umhergeworfen, sich nie verletzt, nie in die Zunge gebissen, nie den Urin dabei verloren. Der erste Anfall sei in seinem 20., der letzte im 40. Lebensjahre aufgetreten. Patient erwies sich als orientiert; eine merkliche Schwäche der Merkfähigkeit bestand nicht. Der Schlaf war gut und nicht auffallend verkürzt. Am 16. September 1907 ward L. nach der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee überführt, in die er zuständig ist, und in der er sich noch befindet.

Durch Befragen der Witwe, mit der L., wie erwähnt, seit 21 Jahren zusammenlebt, die ihn seit seiner Jugend kennt, und die einen recht verständigen Eindruck macht, konnte ich noch erfahren, daß diese Person nie eine Veränderung an L. bemerkt hat. So wie jetzt noch, sei er von jeher gewesen; er habe stets viel gesprochen, sei immer guter Dinge gewesen, habe gerne gesungen und eine ganze Gesellschaft unterhalten können; man habe immer über ihn lachen müssen. Wer ihm freundlich entgegengekommen sei, dem habe er sich gutmütig und gefällig gezeigt. Sie sei stets gut mit ihm ausgekommen, und er habe ihr immer große Anhänglichkeit bewiesen. Mit seinen Arbeitgebern sei er meist gut ausgekommen. Wenn man ihn gereizt oder ihm unrecht getan habe, dann sei er freilich so zornig geworden, daß er sich nicht mehr gekannt habe. Von selbst habe L. aber nie Streit angefangen. Im Trinken sei er immer mäßig gewesen; nur gelegentlich habe er sich „einen angetrunken" [1]).

[1]) Nachträgliche Anmerkung: Wie mir von der Direktion der Anstalt zu G. mitgeteilt wird, befindet sich der Kranke noch dort in unverändertem Zustande.



Auch dieser Kranke bietet das Bild eines chronischen hypomanischen Zustandes. Art und Zeitpunkt seines Beginnes sind nicht mit Sicherheit festzustellen. Ebensowenig kann etwas Sicheres darüber gesagt werden, ob der chronische Zustand Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen unterworfen war. Die Möglichkeit periodischen Auftretens der Störung in früheren Jahren muß, wie in dem *Siefert*schen Falle, zugegeben werden, ist aber wenig wahrscheinlich. Ausgezeichnet ist das hypomanische Zustandsbild bei diesem Kranken durch das Fehlen einer eigentlichen motorischen Erregung. Bemerkenswert ist auch das Vorkommen von offenbar hysteriformen Anfällen in der ersten Hälfte seines Lebens.

## III.

Zu einer zweiten Gruppe von Fällen leitet die nachstehende Krankengeschichte über.

### Fall II.

G. Schulze, Kaufmann, geb. 1847. — Der Vater des Kranken war sehr unternehmungslustig, rechthaberisch, vertrug keinen Widerspruch, drohte beim geringsten Anlaß mit Selbstmord und verlor schließlich sein ganzes Vermögen. Eine Schwester Schulzes vergiftete sich in einem Anfalle von Schwermut; ein Bruder erstach aus Eifersucht einen Menschen; ein anderer Bruder ist unverträglich, sehr von sich eingenommen, erregbar und rücksichtslos. Alle Kinder des Kranken sind nervös und reizbar; ein Sohn endete durch Selbstmord; eine Tochter ist eine bekannte Künstlerin, kann aber schon seit längerer Zeit infolge von „Nervosität“ (Psychose?) ihren Beruf nicht ausüben.

Patient selbst zeigte von jeher ein gesteigertes Selbstgefühl, hielt sich für gescheidter als andere und bekam leicht Differenzen mit seinen kaufmännischen Mitarbeitern; auch führte er stets gern Prozesse. Dabei war er jedoch geschäftlich tüchtig, galt als vorzüglicher Verkäufer und hatte ausgezeichnete Vertretungen. Gegen Ende der siebziger Jahre fing er an, auf eigene Rechnung Geschäfte zu machen. Sein Selbstgefühl steigerte sich noch mehr. Er entwickelte eine rege Tätigkeit, geriet in ein lebhaftes Spekulieren und führte immer die Redensart im Munde: „Was ich tue, kann ich verantworten.“ Er machte ohne Überlegung Einkäufe im großen und duldete dabei keinen Einspruch verständiger Ratgeber, war beständig in ausgezeichneter Stimmung, lustig und kampfesmutig, sprach und schrieb in einem fort, hatte nirgends Ruhe, versprach sich große geschäftliche Erfolge, prahlte, daß alles vorwärts gehe, wenn er es in die Hand nehme. Tatsächlich schlugen alle seine mit soviel Lärm ins Werk gesetzten Unternehmungen fehl. Sein Sohn teilt mit, daß der Kranke







stets, sobald er ihren unglücklichen Ausgang kommen sah, rasch die Freude an der Arbeit verlor und schließlich beim Manifestwerden des Mißerfolges zusammenbrach. Er war dann einige Tage lang deprimiert, stöhnte und weinte in einem fort, sprach ganze Nächte hindurch und flehte alle Heiligen an, indem er stets wiederholte, er könne nicht mehr weiterleben. Tags über wälzte er sich auf dem Sopha umher, war sehr fromm, teilte Bibelsprüche aus und verlangte, daß die ganze Familie zum Beichten gehe. Einmal fuhr er fort, um sich das Leben zu nehmen, kehrte aber nach einigen Tagen unversehrt zurück. Wenn dieser Zustand einige Tage gedauert hatte, fing Patient wieder an, heiter zu werden und neue Unternehmungen ins Werk zu setzen. So ging es fort bis in die neunziger Jahre. Er brachte allmählich durch seine verfehlten Unternehmungen sein Vermögen und auch noch geliehene Gelder durch, so daß er 1899 Konkurs anmelden mußte. Die Schuld an seinen Mißerfolgen schob er aber immer auf andere und auf das Schickal. Gegen Ende der neunziger Jahre steigerte sich seine Erregung noch mehr. Er stand nachts stundenlang schimpfend vor der Tür seiner Frau, legte sich jede Nacht in ein anderes Bett, sperrte die Zimmer ab, bezahlte die Miete nicht, gab für den Unterhalt der Familie kein Geld her. Deshalb trennten sich seine Angehörigen von ihm. Patient zog ihnen nach und verfolgte sie beständig, teils mit Drohungen, teils mit freundschaftlichen Annäherungsversuchen. Er fing auch fernerhin verschiedene geschäftliche Unternehmungen an, verschickte Geschäftskarten mit der aufgedruckten Bemerkung, daß er der Vater der Künstlerin N. N. sei; seinen Verwandten sandte er oft schnörkelhaft geschriebene Schriftstücke, in denen eine Menge Zeitungsnotizen, Sprüche und Sentenzen ohne Beziehung zusammengestellt waren. Im Dezember 1902 hielt sich der Kranke als Geschäftsreisender in Mannheim auf und beging hier eine Reihe von Betrügereien und Zechprellereien, indem er nach mehrtägigem Aufenthalte in Hotels, ohne zu zahlen, verschwand oder Geschäftsleute durch falsche Vorspiegelungen veranlaßte, ihm Kredit zu geben. Er hatte sich dabei fälschlich als Vertreter bedeutender Firmen ausgegeben und in den Hotels durch fingiertes häufiges Telephonieren den Anschein einer regen geschäftlichen Tätigkeit erweckt. Auf Grund von § 81 StrPO. ward er am 27. Februar 1903 zu sechswöchiger Beobachtung in die psychiatrische Klinik zu Heidelberg eingewiesen.

In der Klinik legte Sch. stets ein strahlendes Glücksgefühl an den Tag, faßte seine Lage sorglos auf, nahm sich anderer Kranken an, rapportierte über sie, machte Vorschläge über ihre Behandlung, die er besser verstehe als die Ärzte. In längeren Reden zeigte er eine deutliche Ideenflucht leichten Grades, verlor immer den Faden; die Stimmung schlug, wenn das Gespräch auf unangenehme Dinge kam, ins Weinerliche um, aber nur für kurze Zeit. Er stellte sich als ein Muster von Ehrenmann, Geschäftsmann und Familienvater dar, rühmte sich seiner Beziehungen zu einer Reihe von berühmten Leuten, maß sich das Hauptverdienst



an den künstlerischen Erfolgen seiner Tochter zu. Für die Zukunft war er voller geschäftlicher Pläne, leugnete, was seine Straftaten anlangte, jede Schuld und führte sie alle auf Mißverständnisse zurück. Dabei traten Erinnerungsfälschungen zutage; er glaubte z. B. von Firmen als Vertreter engagiert zu sein, die in Wahrheit seine Bewerbungschreiben abgelehnt hatten; er behauptete, die Richter in Mannheim hätten ihm versichert, daß ihnen die ganze Anklage „unfaßlich" sei.

Die Diagnose wurde auf manisch-depressives Irresein gestellt und der Kranke auf Grund von § 51 RStrGB. außer Verfolgung gesetzt. In der Folgezeit ist Patient nicht wesentlich anders geworden. Zwar scheint sich bald nach der Entlassung aus der Klinik seine Erregung verringert zu haben; doch ist er bis zum heutigen Tage sehr sanguinisch, temperamentvoll, sehr selbstbewußt und von strahlender Heiterkeit, hat verschiedentlich sehr voreilig und unüberlegt geschäftliche Unternehmungen angefangen. Immerhin lebt er, ohne in ernstere Konflikte zu geraten, seitdem dauernd in der Freiheit. Seine Angehörigen, die sich immer noch von ihm fernhalten, haben 1903 seine Entmündigung beantragt, schließlich aber diesen Antrag zurückgezogen. In den Akten heißt es unterm 6. Mai 1904: „Er versteht es in raffiniertester Art, sich und seine Handlungsweise als in jeder Hinsicht korrekt hinzustellen, zieht Vorkommnisse, die entweder in keiner Beziehung zu dem Zerwürfnis zwischen seiner Familie und ihm stehen oder aber durch sein Verschulden sich ereigneten, als Mittel zu seiner Rechtfertigung herbei und baut in scheinbar logischer Weise ein ganz entgegengesetztes Bild zu seinen Gunsten auf. Er ist dabei sehr redegewandt und versteht insbesondere durch wirksame Appelle an das Mitgefühl seiner Zuhörer zu wirken." Jetzt hat er in München eine „Verlagsanstalt für moderne Reklame" inne. Verf. sah ihn im Januar 1907 zum letzten Male und fand ihn heiter, sehr selbstbewußt, hoffensfreudig, ganz uneinsichtig, weitschweifig im Gespräche, das er mit allerhand witzigen Bemerkungen würzte. Vor einiger Zeit machte er einem königlichen Prinzen einen Besuch, stellte sich als Vater der bekannten Künstlerin vor und bat ihn um Vermittlung bei seinen Bestrebungen, wieder mit seiner Familie anzuknüpfen [1]).

Dieser Kranke stammt aus einer krankhaften Familie; insbesondere waren sein Vater und einer seiner Brüder offenbar *ganz ähnlich veranlagt, wie er selbst es von Hause aus gewesen sein soll*: von gesteigertem Selbstgefühl, unternehmungslustig, streitsüchtig. Während er aber dabei bis zu seinem 30. Jahre etwa im Leben gut vorwärts kam, scheint sich dann seine bis dahin wohl als psychopathische Charakteranlage aufzufassende Anomalie

[1]) Nachträgliche Anmerkung: der Kranke befindet sich auch jetzt noch in demselben Zustande.

verschlimmert zu haben. Jedenfalls sehen wir, daß der Kranke im Verlaufe des vierten und fünften Jahrzehntes seines Lebens durch krankhafte Vielgeschäftigkeit und unüberlegte Unternehmungen bei heiterer Stimmung und gehobenem Selbstgefühl sein Vermögen und auch noch geliehene Gelder durchbringt, bis schließlich der wirtschaftliche Ruin eintritt. Vorübergehend treten in dieser Zeit Depressionen auf. Mag deren Deutung durch den Sohn des Kranken, der sie für motiviert erklärt, richtig sein oder nicht: in jedem Falle zeugen sie von der Labilität der Stimmungslage. Um das 50. Lebensjahr sehen wir nun eine deutliche manische Erregung leichteren Grades einsetzen, die, unter Schwankungen der Intensität, im 56. Jahre einen gewissen Höhepunkt erreicht und jetzt noch, also nach etwa zehnjähriger Dauer, auf der Stufe einer Hypomanie fortbesteht. Dieses hypomanische Bild setzt sich zusammen aus gehobenem Selbstgefühl, einem krankhaften Beschäftigungsdrange, einer gehobenen und labilen, aber doch ganz vorwiegend heiteren Stimmung, die nur zeitweise eine mehr gereizte und räsonnierende Färbung annimmt, aus einem ziemlich wechselnden Größenwahn und Erinnerungsfälschungen bei völligem Mangel von Krankheitseinsicht. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß der Zustand, in dem sich der Patient seit zehn Jahren befindet, eine echte Hypomanie ist, die sich nur durch die abnorm lange Dauer von hypomanischen Zustandsbildern im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins unterscheidet.

Wenn wir von dieser letzten psychotischen Phase des Patienten auf sein früheres Leben zurückblicken, so gewinnen wir den Eindruck, daß er von jeher abnorm war; daß diese eigenartige Konstitution, in der wir die Erscheinungen der manischen Erregung gleichsam im Keime angedeutet oder, wenn man will, noch innerhalb der Gesundheitsbreite vorgebildet sehen, sich dann allmählich gesteigert hat, bis der Zustand im höheren Lebensalter eine deutlich psychotische Schwere erreicht. Die mittlere Phase, die etwa zwischen dem 30. und 50. Jahre liegt, entspricht etwa dem Bilde von *Jung*s manischer Verstimmung und von *Kraepelin*s konstitutioneller Erregung. Bei dieser Betrachtung bietet der Kranke das Bild eines konstitutionellen progressiven manischen Zustandes.

### Fall III.

Gustav Scheil, geboren 30. April 1842. — Vater war geisteskrank, Tochter ist epileptisch. Über die Jugend des Kranken und sein-



Verhalten bis zum 35. Lebensjahre fehlen genauere Angaben. Wir wissen nur, daß er seit den sechziger Jahren als Turnlehrer ununterbrochen im Dienste der Stadt V. stand. Er soll stets „temperamentvoll" und jähzornig gewesen sein, immer Pläne geschmiedet und gerne pathetisch gesprochen haben. 1877 wurde gegen ihn eine gerichtliche Untersuchung wegen an drei Schülerinnen vorgenommener unzüchtiger Handlungen eingeleitet, aber bald wieder ausgesetzt: die als Zeugen vernommenen Kinder machten widersprechende Aussagen, und es konnte nur festgestellt werden, daß S. die Kinder geküßt hatte. Man entzog ihm den Unterricht in der Mädchenschule, räumte ihn ihm aber 1883 wieder ein. Doch beleidigte er um diese Zeit, besonders aber im Jahre 1885, des öfteren Lehrer und Beamte und legte, wie es in einer Mitteilung des Bürgermeisters heißt, „ein so gewalttätiges und für Vernunft, Gesetz und Recht völlig unzugängliches Wesen an den Tag, daß Zweifel auftauchen mußten, ob S. geistig vollständig zurechnungsfähig sei." Als er dann Schülerinnen Huren schimpfte und sich gewalttätig zeigte, wurde er 1885 pensioniert. Einige Jahre hindurch erteilte er nun in W. Privatunterricht, und es wurden ihm einige Male vorzügliche Zeugnisse über seine Tätigkeit ausgestellt. Doch fiel er allgemein durch seine Aufgeregtheit und sein unternehmendes Wesen auf. Auch wechselte er sehr in seinen Entschlüssen und fing alle möglichen Unternehmungen an, ohne sie lange fortzuführen. So errichtete er u. a. eine Reitbahn, die jedoch bald subhastiert wurde. 1893 verheiratete er sich zum zweiten Male. Gleich im ersten Jahre der Ehe hatte die Frau den Eindruck, daß S. geistig nicht normal sei. Er war unendlich streng gegen seine Kinder, war sehr reizbar, lief oft ohne Grund aus einem Zimmer ins andere, sprach laut vor sich hin, rollte die Augen, mißhandelte seine Frau. Oft sagte er, Denunzianten hätten ihn um seine Stellung gebracht, er werde fortwährend von Spionen verfolgt. Alle Bekannten borgte er an, ohne je einen Pfennig zurückzubezahlen; er machte keine ernstlichen Versuche, ausreichenden Verdienst zu bekommen, prahlte aber immer mit seiner Tüchtigkeit. Einmal verlangte er von seinem in der Badewanne sitzenden Töchterchen ohne erkennbaren Grund, es solle untertauchen, und schlug es unbarmherzig, als das Kind nicht gehorchte. Allmählich nahm seine Aufregung immer mehr zu. 1896 siedelte S. nach F. über und erteilte Turn- und Fechtunterricht. Doch ging es ihm sehr schlecht, seine Vermögensverhältnisse waren zerrüttet. Einer Dame, die sich seiner Familie annahm, machte er wiederholt Heiratsanträge. Leuten, mit denen er beruflich zusammenkam, erschien S. nervös und exaltiert. Bisweilen trank der Patient stark. 1898 erfuhr sein Zustand eine Verschlimmerung. Er reichte eine Anzeige gegen seine Frau wegen Ehebruchs, Kindsabtreibung und Kuppelei ein, ohne stichhaltige Beweise erbringen zu können. Die Frau hatte tatsächlich abortiert; als sie ihm auf seine Behauptung, der Abort sei künstlich eingeleitet gewesen, entgegnete: „Und wenn ich's getan hätte, Du kannst

ja Deine Kinder nicht ernähren", sah er hierin einen Beweis für seine Behauptung. Seine Meinung, die Frau habe mit einem Juden die Ehe gebrochen, begründete er damit, daß der bei der Frühgeburt zutage geförderte Fötus wie ein Jude ausgesehen habe. Er glaubte sich von allen möglichen Leuten benachteiligt und verfolgt, machte eine Menge wagehalsiger Projekte in bezug auf geschäftliche Unternehmungen, prahlte mit seiner Arbeitsleistung und Tatkraft; seinen Bekannten fiel er durch sein aufgeregtes Wesen und die außerordentliche Untreue seines Gedächtnisses auf, infolge deren er Erlebnisse ganz entstellt wiedergab. Seine Kinder ließ er niederknien und schwören, ihre Mutter sei eine Hure. Oft ließ er sie auch in einer Reihe antreten und zwanzigmal „ach Gott" sagen; wer zuletzt fertig wurde, bekam Prügel. Wegen solcher Mißhandlungen wurde er schließlich am 7. November 1898 in die städtische Irrenanstalt zu F. verbracht, in der er bis 9. Februar 1899 verblieb.

Hier war er stets besonnen und geordnet. Bemerkenswerte körperliche Krankheitszeichen bestanden nicht. Er protestierte beständig gegen seine Internierung, da er nicht krank sei. In den Unterredungen mit den Ärzten sprach er sehr lebhaft, pathetisch und schnell, lief erregt auf und ab; dabei redete er sehr weitschweifig, kam vom Hundertsten ins Tausendste, verlor so den Faden und mußte immer wieder aufs Thema gebracht werden. Sein ganzes Auftreten und seine Äußerungen offenbarten ein außerordentlich gehobenes Selbstgefühl. Er prahlte mit seiner Tüchtigkeit als Fechtmeister, wogegen seine Fachgenossen nur Knoten und Handwerksleute seien. „Ich bin Pädagoge von Gottes Gnaden." „Ich bin rein vorübergegangen an allen Versuchungen des Lebens; gerade wo ich am größten bin, darin machen mir die schurkigen Denunzianten Lügen vor; ich werde sie zerschmettern mit meiner deutschen Faust, lieber Säbelbruder." „Ein Mann wie Scheil, an seinen Platz gestellt, ist eine Stütze für Thron und Reich, ein Segen für Volk und Land." „Scheil lügt nicht, so wahr mir Gott helfe; mein deutsches Wort ist mehr wert wie alle schamlosen Lügen und meineidigen Eide des Denunziantengesindels." Nicht nur seinen Beruf, auch alle anderen Dinge verstehe er besser als andere. Er entwickelte eine Menge Ideen zur Reform der Kochkunst, wobei er mißverstandene Pettenkofersche Anschauungen verwertete; die Ernährung der Anstaltsinsassen, der Soldaten müsse verbessert werden; den Metzgern müsse man auf die Finger sehen, die Bäcker seien Lumpen und Betrüger. „Donnerwetter, da muß man reformatisch vorgehen; jede Reformation verlangt Fetzen und Zusammenreißen." Besonders viel zugute tat er sich auch darauf, daß er die Wurmkrankheit „entdeckt" habe. In den medizinischen Büchern stehe ja nicht, wo die Würmer herkämen; sie kämen aus den Genitalien der Kinder, nagten an dem „Mark der Jugend" und erzeugten auch Geisteskrankheiten; er habe ein Mittel dagegen erfunden. Alle zu seinen Ungunsten sprechenden Daten der Anamnese leugnete er rundweg und führte sie auf ge-

meine Lügen und Verleumdungen zurück. Seine Kinder wollte er nie mißhandelt, sondern nur mit der nötigen Strenge behandelt haben. Dabei überschüttete er jeden, von dem er wußte oder vermutete, daß er gegen ihn etwas vorgebracht habe, mit einer Flut von Schimpfworten und gehässigen Verdächtigungen; er geriet dabei in zügellose Erregung und schloß gewöhnlich mit der Drohung, den Frevler zugrunde zu richten. Manchmal äußerte S. geradezu Verfolgungsideen. Z. B. meinte er, daß der Jude, den er des Ehebruchs mit seiner Frau beschuldigte, ihn mit Spionen umgeben habe; daß eine Dame, die seine Familie unterstützt und durch eine Anzeige seine Verbringung in die Anstalt veranlaßt hatte, eine bezahlte Spionin sei. Ein anderes Mal fragte er den Arzt, ob nicht vielleicht die Freimaurer hinter der ganzen Sache stäken, ob nicht vielleicht auch die Lehrer Freimaurer gewesen seien, die 1885 in W. ihn bei der vorgesetzten Behörde denunziert hätten. Doch wurden diese Ideen nicht weiter verarbeitet, sondern immer nur auf der Höhe des Affekts geäußert.

Als ihm vorgehalten wurde, daß ein Verwandter von ihm mit Namen A. bezeugt habe, daß er, S., schlecht gewirtschaftet hatte, brach er in die Worte aus: „Dieser schmutzige Dieb, dieser A., durch meine Fechtkunst sehe ich um die Ecke herum; ich habe ihn angezeigt, er hat Billette gestohlen. Nachher m u t m a ß e  i c h, daß er den Verräter gemacht hat, weil er Bahnverwalter geworden ist. Es sind viele bestraft worden, wahrscheinlich durch seine Denunziation.“ Einige Zeit nachher sprach er das, was er hier als Vermutung geäußert hatte, als Gewißheit aus. Schließlich baute er diese Idee noch weiter aus, indem er behauptete, der Kreisphysikus, der ihn in die Anstalt geschickt, und der früher mit jenem A. am gleichen Orte tätig gewesen war, sei von diesem angestiftet worden, ihn für geisteskrank zu erklären. Anfangs hatte S. den Anstaltsdirektor als seinen Freund angesehen. Im Entmündigungstermin gewann er jedoch einen andern Eindruck. Darauf erzählte er am nächsten Tage dem zweiten Arzte mit dem Brusttone völliger Überzeugung, daß der Direktor geisteskrank sei, „abgewirtschaftet“ habe, und gratulierte dem jüngeren Arzte zur Nachfolgerschaft in der Direktion. Ausgesprochene Erinnerungsfälschungen ließen sich wiederholt feststellen. So behauptete der Kranke z. B., die Stadt W. habe ihm angeboten, ihn wieder in ihren Dienst zu nehmen, und die Regierung habe ihm mitgeteilt, man werde es sich zur Ehre anrechnen, wenn er im Dienste des Staates an der Erziehung des Volkes mitarbeite. Tatsächlich hatte sich S. seinerseits um Wiederanstellung bemüht, aber eine abweichende Antwort erhalten.

Die geschilderten Ideen äußerte S. nur im Affekte und in eingehenderen Unterredungen mit dem Arzte, während er sich Fremden gegenüber, auch äußerlich, sehr zusammennahm. In zahlreichen Schriftstücken an die Ärzte und an die Polizei setzte er seine Pläne auseinander, beschwerte sich über seine Internierung usw. In dem auf Grund der Anstaltsbeob-





achtung abgegebenen Entmündigungsgutachten wurde ausgeführt, daß S. eine originär pathologische Persönlichkeit sei und ein Krankheitsbild darbiete, das zum erblich-degenerativen Irresein gehöre, das in mancher Beziehung der Verrücktheit nahestehe, sich aber von ihr durch den Mangel an wirklich systematisierten Wahnideen unterscheide. Auf Grund dieses Gutachtens wurde der Kranke wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Nach seiner Entlassung aus der Anstalt erschien S. der Frau ruhiger als zuvor. Doch bestand ein deutlich gehobenes Selbstgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und gemütliche Erregbarkeit fort. Bei einer ärztlichen Untersuchung im Sommer 1900 leugnete S., die in der Anstalt beobachteten Größen- und Verfolgungsideen geäußert zu haben, sprach sich milder über seine Frau aus, stellte sich aber immer noch als Opfer der Niedertracht anderer dar. Er betrieb eifrig die Aufhebung seiner Entmündigung und behauptete immer entgegen der Wahrheit, der Anstaltsdirektor habe ihn in der Anstalt nie untersucht. Es wurde dann infolge der eingetretenen Besserung 1900 die Entmündigung aufgehoben.

Auch in der Folgezeit zeigte S. dauernd eine leichte Erregung. Zunächst hat er zeitweise als Reisender gearbeitet, doch ging es nirgends lange, da er seinen Firmen durch eigenmächtiges Handeln, anmaßendes Wesen und große Reizbarkeit die größten Schwierigkeiten machte. Wiederholt sind leichte Steigerungen der Erregung aufgetreten, so im Herbste 1901 und im Jahre 1904. 1901 unterschlug er Gelder, die er für seine Firma einkassiert hatte, und wurde auf Grund von § 51 freigesprochen. Bei der damals ebenso wie bei der 1904 vorgenommenen Untersuchung zeigte sich, daß S. von den früher geäußerten Wahnideen nichts mehr wissen wollte. Er zeigte allerdings keine Krankheitseinsicht dafür, weil er bestritt, überhaupt je krank gewesen zu sein; vielmehr stellte er einfach in Abrede, jene Ideen geäußert zu haben. Später hat S. meist, von der Familie getrennt, in München gelebt, sich hier als Witwer ausgegeben und Verhältnisse mit Frauen gehabt. Wer ihn kannte, hielt ihn für überspannt; er war immer sehr rechthaberisch, renommierte mit seinen Erfolgen beim weiblichen Geschlechte, arbeitete nichts Rechtes; war bald hier als Fechtmeister, bald dort als Kaufmann tätig; er ging viel im Zylinder umher und machte viel Schulden. Einmal will er eine kurze Schrift über die körperliche Erziehung des weiblichen Geschlechts verfaßt haben. Als S. 1904 mit einem Schießbudenmädchen im Freien den Koitus ausgeübt hatte und verhaftet worden war, leugnete er den Tatbestand trotz des Geständnisses des Mädchens und beschimpfte den Schutzmann. Der Bezirksarzt billigte ihm den Schutz des § 51 zu. Die letzte Nachricht über ihn hat die Frau 1906 gegeben. Darnach war keine Änderung eingetreten. Zu einer geordneten, anhaltenden Tätigkeit ist er nicht wieder gekommen. Wo er sich jetzt aufhält und wie es ihm geht, weiß man nicht [1]).

[1]) Es ist mir nicht möglich gewesen, über die ferneren Schicksale des Kranken etwas zu erfahren.



Der erblich belastete Kranke war stets[1]) temperamentvoll, jähzornig und zum Pläneschmieden geneigt. Während er aber etwa bis zum Beginn des fünften Jahrzehntes seines Lebens ohne erhebliche Kollisionen in der Gesellschaft lebt, führt dann eine Steigerung seiner Reizbarkeit und Ungebärdigkeit zu Konflikten. Wir sind nicht genau genug unterrichtet über die Vorgeschichte, um entscheiden zu können, ob es sich hier um häufige vorübergehende Exazerbationen gehandelt hat; es ist dies jedoch wahrscheinlich. In der zweiten Hälfte des fünften Jahrzehntes bessert sich die Sache vielleicht wieder etwas. Vom 51. Jahre an aber nimmt die Unruhe zu: der Kranke prahlt, kommt zu keiner geregelten Tätigkeit, äußert einmal vorübergehend Verfolgungs- und Beziehungsideen (alkoholischen Ursprungs?), ist launisch und brutal. Im 56. Lebensjahre tritt dann eine abermalige Verschlimmerung des Zustandes ein, und wir haben nun das Bild einer manischen Erregung leichteren Grades vor uns, die aber — die damalige Diagnose „degeneratives Irresein, in naher Beziehung zur Verrücktheit stehend", deutet schon darauf hin — in manchen Punkten von dem gewöhnlichen Bilde einer Hypomanie abweicht: die äußere Erregung tritt sehr zurück, der Kranke ist für kurze Zeit einer ziemlich großen Selbstbeherrschung fähig, er macht manchmal Ansätze zu systematisieren. Betrachtet man indessen das Gesamtbild, berücksichtigt man die labile, zornmütige Stimmung, die Selbstüberschätzung, die Renommistereien, das Überwiegen der üppig ins Kraut schießenden Größenideen und unklaren Weltverbesserungspläne über die Verfolgungsideen, die leichte Ideenflucht und die große Erregbarkeit des Kranken, so kann an der manischen Natur der Psychose kein Zweifel sein. Nach etwa einjähriger Dauer klingt die Erregung etwas ab. Es bleibt aber, bis in die letzte Zeit anhaltend, ein mit nur leichten Schwankungen und vorübergehenden Remissionen einhergehender hypomanischer Zustand zurück: gehobenes Selbstgefühl, Neigung zum Renommieren, soziale Unbeständigkeit und wohl auch Erinnerungsfälschungen bei fehlender

[1]) Es ist leider in diesem Falle wie im vorher besprochenen nicht möglich, zu sagen, wann etwa diese Eigentümlichkeiten sich zuerst gezeigt haben: ob in der Kindheit schon, in der Pubertät, in den Jünglingsjahren oder noch später. Für die ganze uns hier beschäftigende Frage wären aber gerade Feststellungen hierüber von Wichtigkeit.

Krankheitseinsicht sind seine Hauptmerkmale. Die auf der Höhe der Erregung geäußerten Wahnideen hat der Kranke bei eintretender Besserung fallen gelassen und nicht wieder aufgenommen. Wenn er auch öfters Trinkexzesse begangen hat, so haben die das Krankheitsbild nicht oder nur unbedeutend beeinflußt (Verfolgungs- und Beziehungsideen zu Anfang der neunziger Jahre?).

Aus dem, was wir über den Lebensgang des Kranken wissen, geht hervor, daß S. sich seit seinem 51. Jahre, also 13 Jahre lang, andauernd in einem leicht manischen Erregungszustande befindet, der von mehrfachen Steigerungen der Erscheinungen unterbrochen ist. Stimmt also dieser Fall insofern mit dem vorigen überein, als der chronisch hypomanische Zustand im höheren Lebensalter erst einsetzt, so besteht zwischen beiden auch in der Art der Entwicklung derselben eine unverkennbare Ähnlichkeit: hier wie dort bieten die Kranken zunächst leichte, expansiv-psychopathische Eigentümlichkeiten dar, die sich erst später ins deutlich Pathologische und Psychotische steigern.

## Fall IV.

Georg Böhme, lediger Zigarrenmacher, unehelich geboren 1839.

Unsere Kenntnis von der Vorgeschichte des Kranken bis zu den achtziger Jahren beruht lediglich auf den Angaben, die er bei seinem ersten Aufenthalte in der Heidelberger Klinik wiederholt, sowie in Übereinstimmung damit in der Anstalt zu X. gemacht hat. Das Strafregister bildet eine spärliche Ergänzung dazu. Seine einzige Schwester soll „sehr dumm" gewesen sein. Patient kam nach der Geburt in Pflege, besuchte die Volksschule und war ein sehr guter Schüler. Die Prüfung seiner Kenntnisse und der von ihm in Zeiten schwerer Erregung abgefaßten Gedichte und Schriftstücke ergibt in der Tat, daß er im Verhältnis zu seiner Vorbildung und seinem Berufe recht gute Kenntnisse erworben hat. Nach Verlassen der Schule wurde B. Zigarrenmacher, lernte zunächst zwei Jahre bei zwei Meistern, war dann in den folgenden Jahren in vier Stellen tätig, arbeitete zuletzt ein Jahr lang in verschiedenen Berufen, „da die Geschäfte in dem seinen zu schlecht gingen"; nachher war er fünf Jahre lang Dienstmann. In den Deutsch-Französischen Krieg ging er als Freiwilliger mit, nahm an der Schlacht bei Nuits teil, wurde aber im April 1871 vom Militär entlassen (scheint wiederholt bestraft worden zu sein). In die Heimat zurückgekehrt, arbeitete B. zunächst noch als Zigarrenmacher, wurde aber nach 1½ Jahren Tagelöhner in Heidelberg. In dieser Zeit will er wiederholt in Kneipen aufgetreten sein und den Studenten Gedichte vorgesungen haben. Er verfiel dann immer mehr in Alkoholismus und arbeitete

andauernd sehr unregelmäßig. Genauere Nachrichten fehlen, wie gesagt; doch zeigen das Strafregister und die zum Teil noch zur Verfügung stehenden Akten, daß vom Jahre 1880 an sein sozialer Verfall datiert. Während B. bis dahin nur einmal bestraft war — im Jahre 1865 wegen Ruhestörung —, brachte das folgende Jahrzehnt (1880—1891) 32 Bestrafungen, vorwiegend kleinere Haftstrafen: wegen Bettelns und Landstreichens, wegen Ruhestörung und groben Unfugs, wegen Körperverletzung, wegen Hausfriedensbruchs. Dazu kamen zwei kleine Gefängnisstrafen wegen Unterschlagung und Diebstahls. Mehrmals wurde B. auf längere Zeit ins Arbeitshaus eingewiesen. In den Akten wird immer sein freches und zudringliches Benehmen, seine Neigung zum Trinken hervorgehoben; er wird als Tagedieb geschildert, der keine ständige Wohnung hat, sich obdachlos und arbeitlos umhertreibt, der im Walde schläft, in Gartenhäusern nächtigt. Wie er selbst bei seiner Aufnahme in die Heidelberger Klinik später angegeben hat, war er zeitlebens vergnügt; nur wenn es ihm schlecht ging, habe er „zeitweilig den Arbeitsmut sinken lassen". Seit seinem 17. Jahre habe er eine Vorliebe für das „Protzen", habe oft Gedichte deklamiert in Studentenkneipen. 1891 begann man seine Unterbringung in eine Anstalt ins Auge zu fassen. Im Mai 1891 konstatierte ein Bezirksarzt eine Geistesstörung, die auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen sei. Der Kranke sei erregt und von läppischer Zutraulichkeit. Im Januar 1892 wurde er in die badische Kreis-Pflegeanstalt zu B. aufgenommen. Der ärztliche Vorstand derselben beantragte jedoch schon im darauffolgenden September seine Überführung in eine Irrenanstalt: „der Exaltationszustand, in dem sich B. beständig befindet, die Überschätzung seiner Leistungsfähigkeit und seiner Leistungen, das fortwährende Bemängeln der Arbeiten anderer Pfleglinge, die Rechthaberei, die sich seinerseits in der zudringlichsten Weise bei der harmlosesten Unterhaltung seiner Umgebung geltend macht — all dies ist für letztere so lästig, daß vielfache Klagen einlaufen". B. verließ die Anstalt oft, trat in Gasthäusern mit Vorträgen und Deklamationen auf, kam betrunken nach Hause; dabei war er der Arbeit abhold, „machte aus der geringsten Arbeitsleistung großes Aufsehen" und fiel durch seine Geschwätzigkeit lästig.

Am 18. Oktober 1892 verbrachte man ihn in die Irrenanstalt zu X., wo er fünf Jahre lang blieb. Aus der Krankengeschichte geht folgendes hervor:

Von der Aufnahme an bis Ende November 1892 war B. sehr redselig, sprach beständig, zeigte deutliche Ideenflucht, hatte viele Wünsche. Dann erhebliche Milderung der Erregung; B. wird als „hypomanisch" bezeichnet, geht meist zur Arbeit, zeigte aber leichten Rededrang, war oft sehr reizbar; leichte Schwankungen (Dezember 1892 bis Oktober 1894). Dann allmählich sich steigernde Erregung, die Februar 1895 ihre Höhe erreicht hat (sehr geschwätzig, zanksüchtig, unrein, Gewichtsabnahme, Schreibedrang, schimpft und droht, schmückt sich), Mitte 1896 anfängt



abzuklingen und Ende dieses Jahres dem vorherigen Zustande wieder Platz macht. Ende 1896 bis zur Entlassung am 14. Juli 1897: arbeitet, ist gut zu haben, schätzt aber seine Tätigkeit sehr hoch ein; sammelt viel wertloses Zeug, sehr reizbar, traut sich viel zu, manchmal widerspenstig.

14. Juli 1897 wurde B. nach der Kreis-Pflegeanstalt zurückgebracht, wo er wieder das gleiche Verhalten wie bei seinem ersten Aufenthalte zeigte. Er trieb sich öfters in der Umgebung umher, trank gelegentlich viel, lag fortwährend in Streit mit Pflegern und Pfleglingen, schlug beim geringsten Anlasse zu, war rechthaberisch und überhebend. Anscheinend schwankte auch in dieser Zeit der Zustand hinsichtlich der Intensität der Störungen. Ein neuer ärztlicher Leiter der Anstalt sorgte für erneute Verbringung des B. in eine Irrenanstalt. In dem hierzu abgefaßten Bericht heißt es: „Zurzeit (Januar 1902) zeigt B. namentlich Größen- und Beeinträchtigungsideen in ausgesprochener Art. Er will eine Buchhalterstelle in der Anstalt bekleiden, macht sämtlichen Bediensteten und Pfleglingen Vorschriften über ihr Verhalten, behauptet, von dem Wartepersonal verleumdet und benachteiligt zu werden, und wird bei Zurechtweisungen sofort aggressiv."

18. Januar 1902 Überführung in die Heidelberger Klinik, wo B. bis Anfang August blieb. Aus der Krankengeschichte:

18. Januar. Im Wachsaal zu Bett. Älterer Mann mit lebhaftem Gesichtsausdruck. Begrüßt den Arzt sehr freundlich, etwas überhöflich. Spricht mit vielem Pathos und in gewählten Ausdrücken, meist nicht in direkter Beantwortung der Fragen, sondern weitschweifig und selbstgefällig erzählend, stolz auf die Aufmerksamkeit, die er im Saal erregt. Wiederholt springt er aus dem Bette, um durch pathetische Darstellungen die Rede zu unterstützen. Von einzelnen Angaben des Gutachtens erklärt er, das seien „falsche Auffassungen der Psychiatrie"; die Herren hätten wohl nicht ganz auf der Höhe der Wissenschaft gestanden bei der großen Krankenmenge. Gibt zu, daß er sich wohl zur Übernahme der Buchhalterstelle für fähig erklärt habe. Er habe den Herren mancherlei abgelauscht, sei oft Professor genannt worden. Aber das sei er ja gar nicht; habe ja nicht studiert. Gibt auch einen in B. gemachten Fluchtversuch und die Rückkehr in betrunkenem Zustande zu; gerät dabei in weitschweifige Schilderung der klösterlichen Gründung von B., die er während seines Aufenthaltes aus alten Urkunden studiert habe. Getrunken habe er nie über den Durst, jedoch leicht 12 bis 15 Schoppen vertragen können, ohne daß man ihm was angemerkt habe. Deklamiert auf Verlangen Schillersche Gedichte richtig. Renommiert mit seinen Fechter- und Boxerkunststücken, mit denen er jeden niedergeworfen habe.

Die ausführliche Krankengeschichte läßt deutlich erkennen, daß es sich damals um eine klassische manische Erregung handelte: keine schwere Tobsucht, aber deutliche Ideenflucht, ziemlich ungeordnetes Wesen, dabei flotte Heiterkeit, witzig, ausgeprägter Beschäftigungsdrang. Patient drapierte sich phantastisch, sammelte alles Mögliche, verfaßte



Berichte über Abteilungsvorkommnisse, drängte sich bei der Visite vor, führte mit dem Arzte gern Gespräche politischen und geschichtlichen Inhalts, zeigte dabei sehr gute Schulkenntnisse.

Von Heidelberg wurde B. wieder nach der Anstalt zu E. übergeführt, wo er sich bald etwas beruhigte. Die Besserung hielt aber nur zwei bis drei Monate an; dann wieder allmähliche Steigerung, bis bald ungefähr das gleiche Bild wie in Heidelberg zutage trat; in der Krankengeschichte wird von einer Erregung von typisch manischem Charakter gesprochen. Nachdem der Zustand so etwa 2½ Jahre, bis Mitte 1905, gedauert hat, nimmt die motorische Erregung erheblich ab, während die übrigen manischen Erscheinungen keine wesentliche Veränderung erfahren. Es tritt nun ein eigenartiges Bild ein, das ich auf Grund persönlicher Untersuchung kurz folgendermaßen beschreiben kann: Patient ist motorisch ziemlich ruhig, zeigt keinen eigentlichen Beschäftigungsdrang; wohl aber kündigt sich in der Sucht, zwecklos wertlose Dinge wie Papierfetzen und dergleichen aufzulesen und aufzubewahren, gewissermaßen ein Rest eines solchen an; der Kranke schmückt sich gern mit bunten Fäden und Bändern; er ist in seinem Äußeren recht nachlässig und unsauber; die Stimmung ist dauernd gehoben, es besteht eine polternde Gereiztheit, die sich oft, wenn der Kranke angesprochen wird, in unwilligem Schimpfen Luft macht; bisweilen steht er aber auch Rede, erweist sich dann als orientiert, zeigt keine Merkstörung; keine Krankheitseinsicht; die sprachlichen Äußerungen sind oft ziemlich zerfahren, lassen aber reichlich ideenflüchtige Elemente erkennen, Witzeleien, Reibereien, Wortspiele; jedenfalls besteht ein erheblicher Unterschied zwischen dem Grade der Denkstörung und der geringen motorischen Erregung. Dieser Zustand dauert nun seitdem an. Vorübergehend explosive motorische Erregungen.

Der von Hause aus intelligente Kranke führte offenbar stets ein ziemlich ungeordnetes Leben, war anscheinend auch stets vergnügt und expansiv. Auffallend häufig gerät Patient vom 40. Jahre an in Konflikte mit dem Strafgesetze; die Art der Delikte weist auf ein Landstreicherleben und auf Neigung zu Affektvergehen hin. Wahrscheinlich hat auch Alkoholmißbrauch während dieser Zeit stattgefunden. Erst vom 52. Jahre liegen Nachrichten über B. vor, die etwas Licht auf die Art seines Zustandes werfen. Wir können mit Sicherheit sagen, daß Patient damals (1891) hypomanisch war. Er blieb es unter leichten Schwankungen in der Intensität der Störung bis zum 55. Jahre; dann setzte eine allmählich sich steigernde und auch nach und nach wieder abklingende schwere Manie von zweijähriger Dauer ein. Sie führte jedoch nicht zur Heilung, sondern es blieb ein eigenartiger Zustand zurück: der Kranke scheint in dieser Zeit ziemlich untätig, dabei aber eigensinnig,

von deutlicher Selbstüberschätzung und wechselnd in seiner Stimmung gewesen zu sein; besonders fällt die Neigung zum Sammeln aller möglichen wertlosen Gegenstände auf. Eine Depression hat damals offenbar nicht vorgelegen; auch erfahren wir von auf eine psychische Hemmung deutenden Symptomen nichts. Auch beim zweiten Aufenthalte in der Kreispflegeanstalt (58. bis 62. Lebensjahr) bietet B. ein ähnliches Bild wie beim ersten Male. Dann setzt im Alter von 62 Jahren abermals eine ausgeprägte akute Manie ein, die unter einmaliger Intermission von mehrmonatiger Dauer etwa 3½ Jahre lang anhält und in den eigenartigen, oben beschriebenen Zustand übergeht.

Bei allen symptomatischen Eigentümlichkeiten in der terminalen Phase hat dieser Fall doch das mit den beiden vorhergehenden gemeinsam, daß sich eine abnorm lange dauernde manische Psychose im höheren Alter bei einem anscheinend von jeher expansiven Menschen entwickelt; auch hier scheint ihrem Entstehen ein längerer Zeitraum von gegenüber dem primären Verhalten des Kranken gesteigerter Erregung voranzugehen. Möglicherweise bot er in dieser Zeit, in der eine Menge Delikte auf den eingetretenen sozialen Verfall hindeuten, ein ähnliches Bild wie in den Intermissionen nach den ersten manischen Erregungen. Auf die Frage, ob dieser Kranke jetzt als dement anzusehen ist, komme ich weiter unten zurück. Die Auffassung des Falles als Endzustand einer Dementia praecox mit periodischen Erregungen kommt bei der Symptomatologie dieser akuten Phasen m. E. nicht in Betracht[1]).

## IV.

Es folgen nun die Krankengeschichten von zwei Fällen von zirkulärem Irresein mit außergewöhnlich langen hypomanischen Phasen.

### Fall V.

Marie Lachmann, ledige Dienstmagd, geboren 1846. — Über die hereditären Verhältnisse und über das Verhalten der Kranken bis zum Jahre 1879 wissen wir nichts Näheres. Sie lebte bis 1868 bei ihren Eltern und ging dann nach dem Tode ihrer Mutter in Stellungen als Dienstmagd,

[1]) Anm. bei der Korrektur. — Nach gütiger Mitteilung des Herrn Geheimen Medizinalrat *Haardt*-Emmendingen war der Kranke bis vor 1/2 Jahre im gleichen Zustande. Seitdem ist er „ruhig, zufrieden und lebt friedlich mit anderen zusammen. Er ist besonnen, hat noch eine gute Erinnerung und ist freundlich und nicht streitsüchtig."

deren sie bis 1879 sechs inne hatte. In der letzten war sie 1 ½ Jahre lang. 1879 ward sie, nachdem sie schon in den beiden vorhergegangenen Jahren zweimal eines Uterusleidens halber in einem Münchener Krankenhause behandelt worden war, aus der gleichen Ursache wieder in dasselbe aufgenommen. Schon nach drei Tagen aber äußerte sie, sie sei eine Mörderin und ewig verdammt, war melancholisch, jammerte und weinte, weshalb man sie in die Kreisirrenanstalt zu München verbrachte (August 1879). Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, litt Patientin hier an einem Depressionszustande mit Selbstanklagen: sie habe Unkeuschheit getrieben, sei eine sinnliche Natur und dafür jetzt von Gott mit Sinnesverwirrung gestraft; sie klagte über große Erschlaffung, über heftigen Pruritus vulvae, den sie auch selbst verschuldet habe, hörte sich von andern Kranken beschimpfen („Wollüstling", „Dirne"). Dabei war sie besonnen und orientiert. Dieser Zustand dauerte unter mannigfachen Schwankungen bis Ende 1881 an.

Mehrmals war die Kranke nahezu frei von krankhaften Erscheinungen und hatte dann Krankheitseinsicht; doch dauerte das immer nur kurze Zeit an. Sie wurde wiederholt versuchweise entlassen, mußte aber immer bald wieder aufgenommen werden. Nachdem sie im September 1881 zum letzten Male in deprimiertem Zustande als ungeheilt entlassen worden war, trat sie bereits im Februar 1882 wieder in die Anstalt ein, in der sie sich von da an bis zum heutigen Tage ununterbrochen befunden hat.

Bei dieser letzten Aufnahme bot Patientin jedoch ein verändertes Bild. Ihr Zustand ist sich seitdem im wesentlichen gleichgeblieben, von leichten Schwankungen abgesehen. Im folgenden sei ein Auszug aus der Krankengeschichte mitgeteilt.

23. Februar 1882. Bat sofort nach der Aufnahme, wieder entlassen zu werden, ihre Aufregung habe sich schon wieder gelegt. Ist mit nichts zufrieden, das Essen sei zu schlecht und zu wenig, auch die Umgebung tauge ihr nicht. Täglich bringt sie neue Wünsche vor. Keine Gehörstäuschungen. Nachts sah sie mehrmals nackte Männer.

6. März. Mit allem unzufrieden, drängt fort, arbeitet wenig. Sehr reizbar, geht auf störende Mitkranke mit dem Stuhle los.

2. April. Arbeitet nichts mehr, steht müßig umher. Folgt dem Arzte auf Schritt und Tritt. Klagt über heftige Libido.

Juli. In einem 32 Seiten langen Schriftstück bringt sie unter vielen Abschweifungen, aber im Hinblick auf ihre geringe Bildung nicht ungewandt eine Menge Beschwerden vor: räsoniert über Ärzte und Personal, beschwert sich über ihre Internierung; mit den vaginalen Ausspülungen habe man ihr Blut vergiftet; die „Bogenhäuser" (Patientin stammt aus Bogenhausen bei München) seien an ihrem Unglück schuld, denn die wollten sie durch ihre Internierung um ihr Erbe bringen; sie droht mit Klage, erklärt dem Arzte ihre Liebe, bringt eine Menge Klatschgeschichten vor, schimpft über ihre früheren Hausfrauen, über den Stiefvater, der sie



durch schlechte Behandlung vom Hause vertrieben habe, so daß sie um ihr Erbteil komme.

September. Unverändert. Schimpft über alles und alle. Gibt man ihr Bier, so beklagt sie sich trotzdem beim Direktor, daß sie keines erhalte. Keine Sinnestäuschungen. Begleitet bei den Visiten den Arzt unter fortwährendem Kritisieren. Solange sie in einem beleuchteten Zimmer schlief, konnte sie nicht schlafen; als man sie in ein dunkles verlegte, wollte sie wieder Licht. Drängt fortwährend hinaus.

27. Oktober. „Unausstehliche, grobe, anspruchsvolle Person" (!), die beständig petitioniert. Einige Tage bei der Wäsche beschäftigt, dann aber wieder wegen verschiedener Quertreibereien in der Abteilung zurückbehalten.

November. Queruliert, schimpft über alle Anstaltseinrichtungen mit lachendem Munde.

30. Dezember 1882. Hat sich sehr gebessert, ist ruhiger und manierlicher geworden. Hilft in der Waschküche. — Bemerkungen wie die eben wiedergegebenen machen die ganze weitere Krankengeschichte aus. Hin und wieder kamen ruhigere Zeiten. Vorwiegend aber war Patientin in der geschilderten Erregung. Sie machte fortwährend Heiratspläne, sammelte Zeitungsausschnitte mit Heiratsannoncen, mit Nachrichten über Hochzeiten, Eheirrungen, Mißgeburten, über Fälle von Selbstmord infolge unehelicher Schwangerschaft; sie bot sich hin und wieder dem Abteilungsarzte zum Koitus an, erklärte ihm in Briefen ihre Liebe, war sehr reizbar. Jederzeit war sie überzeugt, „nun bald" entlassen zu werden, machte oft Pläne, in welchem Hotel sie dann wohnen werde usw.

Aus dem März 1893 enthält die Krankengeschichte folgende Notiz: Ein in einem bestimmten Gebiete stark ausgesprochener Schwachsinn: die Kranke sucht unter den Namen der Personen von einigem Stande, mit denen sie auch nur ganz wenig in Berührung kam, herum und schickt die Ärzte zu den Trägern derselben, damit sie sich für ihre Entlassung verwenden sollen. Sie setzt sich einen bestimmten Termin fest, nach dessen Ablauf sie dann über jene Leute schimpft, weil sie sie nicht abgeholt haben. In anderer Beziehung ist ihr Urteil inhaltlich richtig. Trotz aller Schimpfereien über die Anstalt und die Ärzte hat sie sich doch recht behaglich eingerichtet.

In dem geschilderten Zustande ist Patientin heute noch. Sie beschäftigt sich außerordentlich eifrig, leistet brauchbare Näharbeit, ist äußerlich vollkommen geordnet. Mit dem Arzte steht sie auf Kriegsfuß: sie weist seinen Gruß meist polternd zurück mit irgendeiner patzigen Bemerkung, verbittet sich „das Gefrage", gerät aber bald in ein langes räsonnierendes Erzählen, wobei sie immer wieder versichert, daß sie mit ihm gar nicht rede, und bei jedem Kraftausdrucke sich anschickt, wegzulaufen, ohne es jedoch zu tun. Sie schimpft dann über die Ärzte, über die Beamten Bayerns, über die „Bogenhäuser", die sie hierher gebracht





hätten; zur Begründung ihrer schlechten Meinung erzählt sie eine Menge Einzelheiten aus ihrem Leben: daß der oder jener sie schlecht behandelt habe usw.; spart nicht mit Schimpfworten wie „Doktorluder", „Spitzbuben" usw. Höchst drastisch begleitet sie ihre Rede mit Gebärden, sucht die Stimme der betreffenden Personen nachzuahmen, läßt einen gar nicht zu Worte kommen. Dabei gerät sie selten in einen schwereren Zornaffekt; immer hat ihr Gerede einen schnippischen Anflug; sie macht auch Witze zwischendurch, muß mitlachen, wenn man die ganze Sache ins Lächerliche zieht. In den Zeitungen, die sie eifrig liest, verzeichnet sie kritische Bemerkungen; sie streicht darin oft das Wort Prinzregent aus, da der Regent diesen Titel nicht verdiene, denn er lasse soviel Unsinn und Unrecht im Lande zu. Mit andern Kranken gerät Patientin oft in Streit; sie hat auch an allem was auszusetzen, am Essen, der Anstaltseinrichtung usw. Bei alledem ist sie jedoch ziemlich leicht zu lenken. So endlos sie schimpfen, so anhaltend sie als Beweis für die Schlechtigkeit der Menschen eine Unzahl von Klatschgeschichten aus ihrer Erinnerung aufzählen kann, wenn man sie nur anhört —, so kann sie doch andererseits im Kreise anderer Kranken auch stundenlang still und fleißig bei der Arbeit sitzen; nur jeder Konflikt mit der Umgebung löst den Redeschwall aus.

Die Kranke hofft immer noch, „bald" hinauszukommen, ohne jedoch irgendwelche ernste Schritte in dieser Richtung zu tun. Wenn sie entlassen ist, will sie heiraten, einen Beamten oder einen Doktor, „damit sie weiß, wer ihre Sache kriegt" (sie hat ein kleines Vermögen). Sie hat weder für ihren jetzigen noch für den anfangs durchgemachten Depressionszustand Krankheitseinsicht.

Über die Schwankungen in der Intensität des Zustandes, die in der Krankengeschichte gelegentlich erwähnt sind, vermag ich nichts Genaues zu sagen, was ihre Häufigkeit und Dauer anlangt. Doch scheinen sie unregelmäßig aufzutreten, und die Zeiten des Nachlasses der Symptome scheinen meist monatelang zu dauern. Während dieser letzteren Phasen ist die Kranke im allgemeinen freundlicher, weniger reizbar, doch kann man auch dann sie jederzeit zum Schimpfen und Äußern ihrer Beeinträchtigungsideen bringen [1]).

Auch diese Patientin bietet das Bild eines chronischen hypomanischen Zustandes, in dem sich die jetzt 65 Jahre alte Kranke seit 27 Jahren befindet. Symptomatologisch erinnert sie uns sehr an die Fälle, die *G. Specht* in seiner erwähnten Arbeit im Auge hat, wenn er sagt: „Aber *Wernicke* hat gewiß recht, wenn er sagt: „„Die chronische Manie hat alle wesentlichen Kennzeichen der akuten Manie, nur so

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Die Kranke befindet sich jetzt noch im gleichen Zustande.

modifiziert, wie es die Bedingungen eines chronischen, stabilen Zustandes mit sich bringen" "; aber das Symptomenbild ist damit noch nicht abgetan, wenn man die Folgen der Chronizität lediglich in einer weniger intensiven Ausprägung der manischen Kardinalsymptome und in einer durch die fortgesetzten sozialen Kollisionen bedingten Zornmütigkeit sieht. Die chronische Verlaufsweise ist gegenteils imstande, mit psychologischer Notwendigkeit eine Deckschicht von sekundären Symptomen zu erzeugen, die der Erkennung des ursprünglichen Zustandes gewisse Schwierigkeiten bereiten kann. Ich habe darum mit gutem Grunde gesagt, der hypomanische Symptomenkomplex bilde den Kern der psychopathischen Erscheinungen. Um diesen Kern aber läßt die chronisch gereizte und expansive Stimmungsrichtung einen Niederschlag pathologischer Feindschaft einerseits und Renommistereien andererseits entstehen, die, weil das produzierende Agens sich nicht erschöpft, allmählich das täuschende Aussehen paranoischer Wahnbildungen annehmen können. Sie sind es aber nicht nach ihrer klinischen Vorgeschichte, sie sind es nicht nach ihrer symptomatologischen Eigenart und sind es nicht nach ihrem klinischen Verlauf. Der klinische Hergang, also das frühere Vorhandensein eines unzweifelhaft manischen Erregungszustandes und das spätere Auftreten vermeintlich paranoischer Wahngedanken kann schon vorweg die Vermutung in der differentiellen Diagnose auf die richtige Bahn drängen. .... Was nun aber die spezielle Genese der Wahnideen bei chronischer Manie betrifft, so haben diese, wie nicht anders zu erwarten, mit den paranoischen wohl das generelle Charakteristikum der Wahnideen überhaupt: die Entstehung aus pathologischer Stimmung, gemein. Aber während bei der Paranoia eine kriechende Affektklage langsam und dauernd das Urteil fälscht, beherrschen bei der chronischen Manie zumeist flackernde und zumeist auch lebhaftere Stimmungsanomalien die Situation; kein Wunder, daß hier die Wahngebilde, auch wenn sie chronisch geäußert werden, durchweg mehr den Stempel der unmittelbar aus der Leidenschaft geborenen Urteilsentgleisungen behalten und somit den zu den Alltäglichkeiten des Lebens gehörenden Verärgerungs- und Zornerzeugnissen ähneln."

Unsere Kranke zeigt dauernd eine expansive, dabei räsonnierende und zornmütige Stimmungslage mit großer Neigung zu Zornesausbrüchen, aber auch zum Witzeln; im Zusammenhang damit

Beeinträchtigungsideen, ein flüchtiges Querulieren, ein beständiges Keifen, Schimpfen und Kritisieren; aber auch erotisches Wesen, Heiratspläne und im ganzen einen unversieglichen Optimismus in der Auffassung ihrer Lage und ihrer Zukunft. Eine eigentliche ideenflüchtige Denkstörung besteht nicht. Bemerkenswert ist das Zurücktreten der motorischen Erregung; Es fehlt ein eigentlicher krankhafter Beschäftigungsdrang; die Kranke ist tätig, aber nicht im Übermaße, und leistet geordnete Arbeit. Hervorzuheben ist auch, daß Patientin keinerlei ernsthafte Bemühungen macht, um aus der Anstalt zu kommen, in die sie doch ihrer Meinung nach nicht gehört.

Dieses leicht hypomanische Bild unterscheidet sich in nichts wesentlich von hypomanischen Phasen eines zirkulären oder periodischen Irreseins. Nur wird man sagen müssen, daß im allgemeinen in solchen Phasen bei Ausbildung der übrigen manischen Symptome bis zu der Höhe, wie unsere Kranke sie zeigt, auch eine gewisse motorische Erregung vorhanden zu sein pflegt, die wir bei der geschilderten Patientin vermissen. Wir werden noch sehen, ob wir diesem Umstande eine Bedeutung beizulegen haben.

Der chronisch manische Zustand ist nun in diesem Falle nach einer Depression von mehr als zweijähriger Dauer aufgetreten. Bei der ungenügenden Anamnese wissen wir nicht, ob die Kranke vor deren Beginn normal war, oder ob sie irgendwelche erhebliche psychopathische Eigentümlichkeiten geboten hat; wir dürfen aber mit Sicherheit annehmen, daß der jetzige Zustand zuvor nicht in der gleichen Stärke bestanden hat. Wir haben es also mit einer chronischen Manie zu tun, die nicht als dauernde und von vornherein bestehende krankhafte Eigentümlichkeit der Persönlichkeit, sondern als außergewöhnlich lange manische Phase eines manisch-depressiven Irreseins erscheint.

### Fall VI.

Ludwig Schneider, verheirateter Kaufmann, geboren 1840, gestorben 1901.

Die Mutter war geisteskrank, der Vater starb an Schlaganfall. Zwei Brüder waren leichtsinnig; einer von ihnen endete in Amerika durch Selbstmord, der andere war Trinker.

Der Kranke hatte von Hause aus gute geistige Anlagen Er war von jeher rechthaberisch, streitsüchtig, exaltiert und von stark ausgeprägtem Selbstgefühl. Den Feld-





zug von 1864 machte er mit und zeichnete sich in der Schlacht von Düppel aus. Nachher fing er an, stark zu trinken und sich sexuellen Ausschweifungen hinzugeben. 1870 verheiratete er sich. Der Frau fiel von Anbeginn der Ehe an sein großes Selbstgefühl auf; er dünkte sich mehr als andere, renommierte mit seinen Leistungen, war außerordentlich malitiös. Dabei war er ein rühriger Kaufmann; er betrieb ein gutgehendes Kaffeegeschäft, hatte auch starke politische Interessen, las viel Zeitungen und erwarb sich gute volkswirtschaftliche Kenntnisse. Seine politische Gesinnung war extrem liberal. 1876 verfaßte er eine Abhandlung, in der er gegen den bald darauf auch abgeschafften Brauch zu Felde zog, Steuerrestanten einen kriegsmäßig ausgerüsteten Soldaten in Quartier zu geben, der bis zur Bezahlung der Steuern in der Wohnung bleiben und dort verpflegt werden mußte. Die Abhandlung ist klar und geschickt, aber in gereiztem Tone abgefaßt und strotzt von malitiösen Wendungen. Um die zweite Hälfte der siebziger Jahre wurde der Kranke nach Angabe der Frau aufgeregt; seine Reizbarkeit nahm zu, er machte große Pläne, traf geschäftliche Dispositionen, die weit über seine Kräfte gingen; er brachte, wie es in einem ärztlichen Zeugnisse heißt, sein Vermögen in wahnsinnigen Spekulationen durch, benahm sich gegen seine Leute auffallend barsch, brutal und hochnäsig. 1879 brach dann eine akute Psychose aus, die zu seiner Aufnahme in das Stadtkrankenhaus zu D. führte, von wo man ihn nach wenigen Monaten nach der Irrenanstalt zu S. verbrachte. In dem Überführungsgutachten finden wir außer den mitgeteilten anamnestischen Daten die Notiz, daß der Kranke seit der Aufnahme in das Krankenhaus „bald mehr aufgeregt, bald mehr schwermütig" gewesen sei. Er glaube, er solle verbrannt werden, müsse für alle Sünder leiden, sei der Antichrist. Bisweilen sei er auch „sehr unternehmend" und halte sich für sehr reich; er sehe dann sehr hochmütig aus, habe einen gravitätischen Gang. Oft sehe er auch Gestalten aller Art, Himmelserscheinungen, Lichter.

In S. blieb Patient bis April 1881. Er war in dieser Zeit dauernd „unleitsam, mürrisch und widersprechend", in beständig gereizter Stimmung, dabei sehr gewalttätig, brutal und tückisch. Infolge seiner Gewalttätigkeit — er machte einmal einen ernstlichen Mordversuch gegen den Anstaltsdirektor — war er schließlich dauernd in einem Isolierzimmer. Näheres über seinen Zustand erfahren wir aus der Krankengeschichte nicht.

Aus äußeren Gründen ward Patient im April 1881 nach der Anstalt zu C. verlegt. Dort war er, wie es in einem ärztlichen Berichte heißt, bei seiner Ankunft „noch deutlich maniakalisch erregt". Er glaubte, der Abkömmling einer schottischen Familie zu sein; die Schotten seien mit besonders großen Geisteskräften ausgestattet. Er meinte, er habe das Welträtsel gelöst, sei zur religiösen Wiedererweckung der Welt und zum Sturze des Papsttums berufen, werde von den Jesuiten verfolgt. Bald bildete sich ein stationärer Zustand heraus, der bis zum Jahre 1894, also



etwa 12 oder 13 Jahre lang, ununterbrochen anhielt. Der Kranke war völlig besonnen und äußerlich geordnet, aber hochfahrend, räsonnierend, unleidlich gegen Personal und Mitkranke, die er mit beißendem Hohne und mit Verachtung behandelte; seine große Reizbarkeit äußerte sich in plötzlichem heftigen Aufbrausen. Er lebte in beständigem Kriege mit den Ärzten, bekrittelte alle Anstaltseinrichtungen in hämischer Weise, hatte immerwährend Beschwerden. Er verfaßte häufig lange, von malitiösen Ausfällen gegen die Ärzte strotzende Beschwerdeschriften, in denen er in geordneten, aber sehr weitschweifigen Darlegungen sich beim Ministerium und bei andern Behörden über die Anstalt und besonders den jeweiligen Abteilungsarzt beschwerte. „Aus Mitteilungen von Kranken legt er sich Tatsachen und sophistische Verdrehungen zurecht, die er als Anschuldigungen gegen die Anstalt und ihre Beamten verwendet", heißt es in dem erwähnten ärztlichen Bericht. Fortwährend war er auf der Suche nach Material für seine Beschwerden. Durch dieses Wesen war der Kranke die Crux der Anstalt. „In ihm ist das böse Prinzip verkörpert", schreibt der behandelnde Arzt im Jahre 1883, und bald nachher: „S. erscheint dabei intellektuell mehr weniger unversehrt; er entwickelt nicht nur beißenden Witz, fällt kecke Urteile, welche mit scharfer Beobachtung der dazu gehörigen Momente gebildet sind, sondern vermag auch die Verkehrtheit früher begangener Handlungen durch ein scharfsinniges Räsonnement zu verdecken und zu beschönigen." Von seinen Kenntnissen in politischer und volkswirtschaftlicher Hinsicht war er sehr eingenommen, bildete sich viel auf seinen stattlichen Wuchs ein und legte Sonntags stets seinen bei Düppel erworbenen Orden an. Dabei bestanden keine fixierten Wahnideen. In nützlicher Weise beschäftigt hat er sich nie.

Dieser Zustand dauerte, wie erwähnt, von Ende 1881 bis 1894 an. Bisweilen, aber selten und immer nur vorübergehend, kamen Zeiten, in denen der Kranke „etwas fügsamer und anständiger" war.

1894 gelang es ihm in einer solchen Zeit der Besserung, aus der Anstalt zu entweichen. Er begab sich unter Mitnahme einer kleinen Summe im Laufe der Zeit zusammengesparten Geldes auf die Wanderung nach seiner Heimat, wurde aber unterwegs alsbald aufgegriffen und dem Stadtkrankenhause zu D. wieder zugeführt. Hier machte sich alsbald nach seiner Aufnahme eine Depression bemerkbar: schwermütige Stimmung, Unruhe, Schlaflosigkeit, geringe Nahrungsaufnahme; bisweilen Angstzustände, in denen sich der Kranke die Haare ausraufte. Er fürchtete, viviseziert, verbrannt und in die Sonne geworfen zu werden; vorm Hause sei ein Gerüst zu seiner Hinrichtung aufgeschlagen; beim jüngsten Gerichte werde nur er mit seiner Frau verdammt und zu ewigen Höllenqualen verurteilt werden; er stamme aus einer apokalyptischen Familie. Am 29. November 1894 wurde Patient nach der Irrenanstalt zu H. übergeführt, wo er „körperlich sehr geschwächt und in einem Zustande tiefer Depression und Verworrenheit ankam, so daß er ziemlich ein halbes Jahr



lang das Bett hüten mußte". Der Depressionszustand klang um die Mitte des Jahres 1895 allmählich ab und machte dann dem oben geschilderten Verhalten, das der Kranke seit 1881 geboten hatte, wieder Platz. Es bildete sich genau der gleiche Zustand wieder heraus, der bis zum Tode des Patienten im Jahre 1901 (Karzinom) unverändert anhielt. Der Kranke hat in dieser Zeit nicht aufgehört, sich über die Anstalt und die Ärzte wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung zu beschweren; es gelang ihm auch wiederholt, derartige Beschwerdeschriften an die Redaktion einer sozialdemokratischen Zeitschrift und eine an das Abgeordnetenhaus aus der Anstalt hinauszuschmuggeln.

In D. war im Jahre 1894 die Diagnose „unheilbare Verrücktheit" gestellt worden; in den übrigen Anstalten bezeichnete man den Kranken als Querulanten.

Der erblich belastete Kranke zeigt schon von Hause aus expansive psychopathische Züge. Nach dem 35. Lebensjahre steigern sich diese konstitutionellen Eigentümlichkeiten zu einer leichten Erregung, bis dann bei dem Patienten im Alter von 39 Jahren eine schwere akute Psychose einsetzt, in der — das können wir aus den spärlichen Nachrichten immerhin schließen — die Erscheinungen der Depression mit Angst und depressiven Wahnbildungen abwechseln oder auch vermischt sind mit expansiv-psychotischen Symptomen. Die letzteren bekommen schließlich die Oberhand und klingen etwa zwei Jahre nach Beginn der akuten Psychose etwas ab; es bildet sich nun ein eigenartiger chronisch-hypomanischer Zustand aus, der, von unbedeutenden Schwankungen abgesehen, vom 41. Lebensjahre des Patienten bis zu dessen Tode mit 61 Jahren andauert, einmal aber unterbrochen wird durch einen etwa ein Jahr anhaltenden Depressionszustand.

Wir haben es nach alledem zu tun mit einem Falle von manisch-depressivem (zirkulärem) Irresein, das nach dem 35. Jahre bei einem von Hause aus sanguinisch- oder expansiv-psychopathischen Individuum begonnen und von da an das ganze Leben hindurch angedauert hat. Es überwiegen aber in dem Krankheitszyklus bei weitem zwei gleichartige hypomanische Phasen von abnorm langer Dauer (13 und 6 Jahre), die durch einen Depressionszustand voneinander getrennt sind. Diese chronischen hypomanischen Phasen zeichnen sich durch das Fehlen einer eigentlichen motorischen Erregung aus; ferner durch die erhaltene Ordnung im Gedankenablaufe, durch das Bestehen von Beeinträchtigungsideen und das Vorwalten einer starken querulatori-

schen Neigung, während gleichzeitig eine gehobene, räsonnierende Stimmungslage besteht und die Neigung zum Querulieren nach allen Seiten sich äußert. So resultiert ein an Paranoia erinnerndes Bild, dessen richtige diagnostische Deutung jedoch durch die Berücksichtigung des ganzen Krankheitsverlaufes ermöglicht wird.

Wenn auch bei der summarischen Art, in der die Darstellung des Falles erfolgen mußte, auf die klinischen Einzelheiten der uns hier interessierenden Phasen leider nicht näher eingegangen werden kann, so bleibt doch die Tatsache von Interesse, daß hier chronisch-hypomanische Zustände von eigenartigem, paranoidem Gepräge im höheren Lebensalter bei einem Kranken aufgetreten sind, der von Hause aus eine ähnliche psychopathische Konstitution zeigte, wie wir sie schon den meisten unserer früher behandelten Fälle zugrunde liegen sehen; daß aber diese Zustände abnorm lange Phasen eines manisch-depressiven Irreseins darstellten.

Unter diesem Gesichtspunkte reiht sich dieser Fall dem in der vorigen Beobachtung mitgeteilten an.

## V.

Wir lernen nun weiter eine vierte Gruppe von Fällen kennen, bei denen eine mehr oder weniger deutlich pathologische Erregung besteht, die an das Bild der Hypomanie erinnert, sich aber vor allem durch die geringe Intensität der Störungen von ihm unterscheidet.

Der folgende Fall wurde bereits von *Kraepelin* veröffentlicht[1]).

### Fall VII.

L. Heinrich, Gymnasiallehrer a. D., geboren 1853 als Sohn armer Landleute.

Vorgeschichte. Geistes- und Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Über H.s Jugend ist nicht viel bekannt. Er war ein sehr begabter Schüler, lernte spielend leicht und war stets der Beste in der Klasse. Mit 12 Jahren bezog er die Lateinschule und absolvierte sie 1869 als Primus omnium. Dann besuchte er das Gymnasium, übersprang dort eine Klasse und verließ es 1872 mit einem sehr guten Reifezeugnis. Als Gymnasiast zeigte er sich maßlos eingebildet und überhebend; seine Lehrer waren in seinen Augen nur Esel und „Rindviecher". Dabei log er so, daß man ihm nichts glauben konnte, und stahl, was nicht niet- und nagelfest war, weshalb

[1]) *Kräpelin*, Einführung in die psychiatrische Klinik, II. Aufl. S. 304 ff.



ihm seine Kameraden das Betreten ihrer Zimmer verboten. Auch später noch, auf der Universität, soll er gestohlen haben. In den Jahren 1872 bis 1876 widmete sich H. auf verschiedenen Universitäten dem Studium der Theologie und Philosophie. Aus dieser Zeit wissen wir nur, daß er einen schweren Typhus durchmachte und im Fieber einmal „wie tobsüchtig" war. Von Ostern 1876 sehen wir ihn ein Jahr lang an einer Vorbereitungsanstalt zum Einjährig-Freiwilligendienst als Lehrer wirken. Das Zeugnis des Leiters dieser Anstalt rühmt ihm einen reichen Schatz von Kenntnissen nach; doch sei sein Verhältnis zu den Kollegen schlecht gewesen, da er inner- und außerhalb der Schule vor seinen Schülern die übrigen Lehrer einer verletzenden Kritik unterzog. 1877 erschien er unangemeldet in einer Sitzung der theologischen Fakultät zu Straßburg, wo er zur Vorbereitung auf das Predigerexamen weilte, und erklärte, er wolle sich habilitieren. Nur schwer gelang es, ihn zu entfernen. In derselben Zeit schwindelte er einem Professor vor, er sei Dr. phil. Ohne sein Predigerexamen gemacht zu haben, verließ H. Straßburg wieder, um in den zwei folgenden Jahren (1877 bis 1879) an verschiedenen Orten als Privatvikar und Pfarrverweser tätig zu sein. Mit seinen amtlichen Leistungen war man zufrieden, um so weniger aber mit seiner Führung. In einem Bericht aus der fraglichen Zeit heißt es: „Von ungezügeltem Ehrgeize beseelt und von einer Selbstüberschätzung beherrscht, die nicht selten ins Krankhafte ausartete, wollte er sich nie recht in die kirchliche Ordnung fügen.... In R. wurde seine Aufregung so hochgradig, daß sie an förmliche Geistesstörung grenzte, und daß man befürchten mußte, seine Verbringung in eine Irrenanstalt werde nicht vermieden werden können. Dabei war er unbotmäßig und erlaubte sich, mit seinen Vorgesetzten in einem anmaßenden und ungehörigen Tone zu sprechen und zu korrespondieren." So wurde H. im Dezember 1879 außer Verwendung gesetzt und 1880 aus der Liste der Pfarramtskandidaten seines Kreises gestrichen. Inzwischen hatte er eine Eingabe um Aufnahme in badische Dienste gemacht, in der er jedoch seine Entlassung verschwieg und sich den Anschein gab, als sei er seiner theologischen Ansichten wegen zu seiner früheren Behörde in schiefe Stellung geraten und freiwillig gegangen, „um der fortwährenden Zurücksetzung zu entgehen". Schon in der ersten Stellung als Vikar (20. Januar bis 14. März 1880) gab es wieder Mißhelligkeiten. Der vorgesetzte Geistliche erklärte, noch nie einen Menschen gesehen zu haben, „der in so fanatischer Weise von sich selbst eingenommen sei und zugleich so rücksichtlos die Anerkennung seiner Persönlichkeit beanspruche", dabei aber zugleich so unehrlich und uneinsichtig sei wie H. Zudem war H. verschuldet und benutzte jede Gelegenheit, den Pfarrer zu verdächtigen. Als Lehrer ließ er in seiner äußeren Haltung, wie in der Fragestellung an die Kinder und der Behandlung des katechetischen Stoffes jeden Ernst so sehr vermissen, daß viele Gemeindemitglieder erklärten, es sei eine Komödie. In der nächsten Vikarstelle, die H. bekleidete, ging es zunächst





besser; er war friedfertig und machte sich durch sein freundliches Benehmen beliebt. Das Zeugnis seines Pfarrers lobt seine vorzüglichen Leistungen in der Predigt, tadelt aber sein suffisantes, absprechendes und rechthaberisches Wesen. Bald aber, nach einigen Monaten, änderte sich sein Verhalten. Schuldenmachen, Mangel an Wahrhaftigkeit wurden ihm vorgeworfen. In der Religionsstunde nannte er Luther einen Flegel, schimpfte wüst. Hier und da wurde der Verdacht laut, H. sei geisteskrank. Er aber machte unentwegt Zukunftspläne und bewarb sich um Pfarrstellen. Als man ihn schließlich (Oktober 1880) aus seiner Stellung entließ, protestierte er in zahlreichen Eingaben hiergegen, in denen er alles, was gegen ihn vorgebracht worden war, als Lügen bezeichnete; er tröste sich mit dem Beispiele Christi, in dessen Diensten sein Leben zu verbringen er für die höchste Ehre erachte.

Nun kamen wieder einige Monate, in denen H. in seiner neuen Stellung weniger Anlaß zu Klagen bot. Doch fällt in diese Zeit eine Anklage wegen Diebstahls eines silbernen Bleistifts. Er wurde aber wegen Mangels an Beweisen freigesprochen. Bei dieser Gelegenheit beging er eine Beamtenbeleidigung, wegen welcher er zu einer Geldstrafe verurteilt wurde. Er wechselte Mitte 1881 von neuem seine Stellung (freiwillig?); auch hier verhältnismäßig gutes Zeugnis. Unter der Hand bemühte sich H. um Pfarrstellen; in zu diesem Zwecke verfaßten, sehr ausführlichen, aber flüchtigen und liederlichen Schriftstücken stellte er sich als Opfer von Intrigen dar.

Anfang Dezember 1881 wurde H. von einer akuten Geistesstörung befallen, über die wir nur notdürftig unterrichtet sind. H. rief zum Fenster hinaus, lief nachts mit brennendem Lichte umher, erschien in Pantoffeln in einem fremden Pfarrhause, las unterwegs Kieselsteine auf und steckte sie in die Tasche. Das Bewußtsein erschien getrübt; der Kranke irrte „wie ein Nachtwandler" herum, nahm seinen Weg quer durch Felder und Wiesen. Plötzlich erschien er dann in Straßburg, suchte dort einen Universitätsprofessor auf und begab sich von da mit dem Zuge nach Rastatt. Hier stieg er aus und wanderte in der Nacht zu Fuße nach dem Dorfe D. In D. kehrte er im Wirtshause ein, trank einige Viertelliter Wein, bekam Angst vor Geistern, machte Lärm und ward als betrunken ins Gefängnis, von da nach Rastatt ins Krankenhaus gebracht. Dort isolierte man ihn; er fing an zu toben, zerriß seine Kleider und bedrohte den Wärter. Anscheinend beruhigte er sich noch am selben Abend. An die Vorkommnisse bei seiner Ankunft in Rastatt und an die in D. hatte er ungenaue Erinnerung; für die ganze Erregung fehlte ihm die Krankheitseinsicht. Etwa 10 Tage nach Beginn des Zustandes traf er zu Hause wieder ein. Als ihm die Übernahme seines Amtes nicht wieder gestattet wurde, beschwerte er sich in zahlreichen Eingaben und drohte mit Austritt aus der Kirche. Anfang 1882 ward er definitiv aus dem badischen Kirchendienst entlassen.

Von Ostern 1882 an wirkte H. provisorisch als Religionshilfslehrer eines Gymnasiums. Auch hier Anerkennung seiner amtlichen Leistungen, aber Klagen über seine Taktlosigkeit, sowie Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit. Fortgesetzt bewarb er sich um Pfarrstellen. In den verschiedenen zu diesem Zwecke verfaßten Eingaben stellt er sich bald als „Bedrängten und vielfach Gedrückten“ hin, dem es nun hoffentlich einmal gelingen werde, „mit Gottes Hilfe in eine mit seinen Kenntnissen, seinem Bildungsgange und seiner Liebe zur Kirche übereinstimmende Stellung hineinzukommen“; bald droht er mit Austritt aus der protestantischen Kirche. Ein anderes Mal schreibt er: „Da meine ganze, von Gott gewollte Lebensentwicklung und eine hervorragende Lebensstellung davon abhängt“... Wiederholt scheint in dieser Zeit auch der Plan, sich als Privatdozent zu habilitieren, in ihm aufgetaucht zu sein. Von Halle aus wandte er sich anscheinend Herbst 1884 nach Frankfurt a. M., wo er keine Beschäftigung fand und sich kümmerlich durchschlagen mußte. Einem Bewerbungsschreiben fügte H. in dieser Zeit ein durch umfassende Änderungen zu seinen Gunsten gefälschtes Prüfungszeugnis bei. Seiner Umgebung erschien er komisch und „bestußt“; er lief nächtelang im Zimmer auf und ab; einmal war er in starker Erregung und kam mit einem Dienstmädchen im Fiaker vorgefahren. Als H. am 20. Dezember 1884 in einer Kirche erschien, da er eine Probepredigt halten müsse, von der Kanzel Bibelstücke vorlas und schließlich begann, die Stühle vom Altar herunterzuräumen, wurde er unter heftigem Sträuben und Hilferufen arretiert und in die Irrenanstalt gebracht.

Nach der Krankengeschichte war H. besonnen, aber sehr reizbar und gewalttätig, rechthaberisch, von gehobenem Selbstgefühl, räsonnierte viel, geriet mit andern Kranken in Streit. Er zog andere Patienten zu Dienstleistungen in seinem Interesse heran, verlangte fortwährend seine Entlassung, drohte mit Anzeige bei der Staatsanwaltschaft. Nachts schlief er schlecht, wandelte laut betend umher, flehte zu Gott, daß er die Herzen der Mächtigen lenken möge, ihm ein angenehmes Pöstchen zu geben. Mit der Kost war er unzufrieden, verlangte „eine standesgemäße Verpflegung“. Mehrmals soll er auch halluziniert haben; doch macht die Krankengeschichte hierüber keine genauen Angaben. Er hörte offenbar sich rufen und beschimpfen. Von Wahnbildung erfahren wir nichts. Von F. wurde H. am 5. März 1885 in die Irrenanstalt zu K. gebracht. Die Krankengeschichte entwirft folgendes Bild von ihm. Status somaticus vom 19. März 1885. Bemerkenswerte Krankenzeichen von seiten des Nervensystems und der inneren Organe fehlen. Das bartlose, volle, frisch aussehende Gesicht zeigt grobe, plumpe Züge, denen die wulstigen, starken Lippen, das stark entwickelte Kinn und die kräftigen Kauwerkzeuge einen derb materiellen, sinnlichen Ausdruck verleihen. Dazu kommt ein höhnisches, hochmütiges, überlegenes Lächeln. Starke Myopie.

Bei der Ankunft in K. verlangte Patient sofort den Direktor und alle Ärzte zu sprechen, um ihnen seine Lebensgeschichte zu erzählen, sie von seiner Gesundheit und seiner Verfolgung durch die kirchlichen Behörden zu überzeugen und womöglich seine sofortige Freilassung zu erwirken. Er blieb bis in den August besonnen und orientiert, zeigte eine gehobene Stimmung und außerordentliches Selbstgefühl. Sehr selbstgefällig prahlte er mit seiner Gelehrsamkeit, seinen vorzüglichen Leistungen als Gymnasiast und Student; die Straßburger Theologieprofessoren hätten erklärt, er wisse mehr als sie selbst. In grellem Gegensatze zu dieser Prahlerei stand die Art, wie er sein Äußeres vernachlässigte und alle Regeln des Anstandes außer acht ließ. Beständig verbreitete er einen Urin- und Kotgeruch um sich, nahm andern das Essen weg, ließ coram publico Flatus fahren, riß aus Büchern, die ihm nicht gehörten, Blätter heraus. Dabei war der Kranke sehr reizbar, lebte beständig in Unfrieden mit seinen Mitpatienten, beleidigte und kränkte sie durch wegwerfende, hämische Bemerkungen, hetzte sie gegen die Ärzte auf. Bei jeder Gelegenheit fing er lange Auseinandersetzungen über politische und theologische Gegenstände an, in denen er mit lautem Schreien möglichst paradoxe Behauptungen und freie Ansichten verfocht. Wenn man ihm über dieses störende Gebahren Vorhaltungen machte, so nahm er sich wohl vorübergehend etwas zusammen, um sich aber bald wieder gehen zu lassen. Für krank hielt er sich nicht und verlangte fortgesetzt seine Entlassung. Wenn er die erreicht hätte, wollte er sich in Straßburg habilitieren und seinen Unterhalt durch Unterricht am Gymnasium erwerben. Später wollte er Entschädigungsansprüche für seine Internierung geltend machen. Bisweilen sah man den Kranken in einer Ecke stehen und gestikulierend gegen die Wand sprechen. Er leugnete jedoch, Stimmen zu hören.

So blieb der Zustand bis August 1885. Von Interesse ist das Urteil, das die behandelnden Ärzte in einem Berichte aus dem März 1885 über H. fällen. „Die Krankheitsform — einerseits Verfolgungswahn, andererseits, gewissermaßen zur Kompensation, Größenideen — muß als Verrücktheit bezeichnet werden; der Klagen und Entschädigungsansprüche wegen, die Patient nach allen Seiten hin erheben will, erscheint in specie die Bezeichnung als Querulantenwahn zulässig. Eine Restitutio ad integrum ist hiernach nicht anzunehmen".

Im Laufe des August steigerte sich die Erregung des Kranken. Er belud seine Taschen mit allen möglichen wertlosen Gegenständen. Stundenlang hielt er sich in einer Ecke auf, um dort zunächst leise, dann immer lauter werdend unzusammenhängend vor sich hin zu predigen; zu andern Zeiten lief er erregt auf und ab. Die Nächte mußte er wegen seines fortgesetzten Plauderns und Predigens in einem Einzelzimmer verbringen. Bei der Visite näherte er sich dem Arzte und brachte, „wie ein auswendig gelerntes Sprüchlein", die Bitte um Verlegung, um ein Glas Wein oder dergleichen vor, ohne eine Antwort abzuwarten. Da er sehr störend war,



bekam er gelegentlich von den andern Kranken ein Schimpfwort zu hören oder erhielt einen Schlag ins Gesicht, was er sich ohne jede Gegenwehr gefallen ließ. Patient erschien verstört und der Wirklichkeit ganz entrückt, predigte öfter, gerade als ob er auf der Kanzel stehe, und erinnerte sich nur der realen Verhältnisse, wenn er um Bier, Wein, Zigarren usw. bat; sein Bruder und die Freimaurer würden alles für ihn bezahlen. Das Körpergewicht nahm erheblich ab. Ende Oktober 1885 trat Beruhigung ein, und Patient bot den November hindurch ein Verhalten wie in den ersten Monaten seines Anstaltsaufenthaltes. Dann setzte nochmals eine neue, der eben geschilderten ganz ähnliche Erregung ein, die, von einer vorübergehenden Besserung abgesehen, bis Anfang Februar 1886 anhielt, um dann wieder dem früheren Verhalten Platz zu machen. Schwerere Erregungszustände traten später nicht mehr ein. Wohl aber kamen immer wieder in unregelmäßigen Zwischenräumen Zeiten, wo Patient unruhiger schlief und viel vor sich hin plauderte. In seinen ruhigeren Zeiten beschäftigte er sich mit Lektüre, besonders von theologischen und philosophischen Werken; doch sprach er davon mit souveräner Verachtung: was in den Büchern stehe, wisse er alles schon. Am 31. Oktober 1886 entwich er aus der Anstalt und begab sich in seine Heimat.

Über die nächsten Jahre wissen wir nur wenig. Anscheinend blieb H. bis Ostern 1887 zu Hause und erhob von hier aus zahlreiche Beschwerden gegen die Direktion der Anstalt zu K. wegen seiner ungerechtfertigten Zurückhaltung in der Anstalt. Dann war er in verschiedenen Städten vorübergehend als Privatschullehrer tätig, bewarb sich wieder um eine Stellung in Baden und verheiratete sich 1889. In diesem Jahre beschwerte er sich in einer sehr unbotmäßig gehaltenen Eingabe an das Ministerium über zu hohe Besteuerung; daraufhin wegen Beamtenbeleidigung verklagt, machte H. eine Eingabe an den Großherzog, erschien wiederholt nicht zu Terminen; zu einer Geldstrafe verurteilt, legte er Berufung ein und drohte mit Klage, wandte sich mit Beschwerdeschriften ans Ministerium.

Die nächsten Jahre brachten eine große Anzahl von Zivil- und Strafprozessen, in die H. größtenteils als Angeklagter, zum Teil auch als Kläger verwickelt war. Fast jedes Jahr wechselte er seinen Aufenthaltsort, wohnte von 1889 bis 1899 nacheinander in Mainz, Straßburg, Frankenthal, Görlitz, Leipzig, Rostock, Bamberg, Darmstadt, Speyer und einigen anderen Städten. Wiederholt ward er wegen unbefugter Führung des Doktortitels bestraft, hatte beständig Zahlungsschwierigkeiten, machte Schulden und wurde mehrmals gepfändet. Dabei unterwarf er sich nie ohne weiteres einem gerichtlichen Urteil oder dem Erkenntnis einer andern Behörde. Mochte sein Unrecht noch so klar zutage liegen, er bestritt es, stellte Tatsachen einfach in Abrede, machte Eingabe über Eingabe; nicht selten verklagte er seinerseits die gegen ihn vorgehenden Gerichtsbeamten wegen „Rechtsvergewaltigung" usw., behauptete, ihm werde das Recht abgeschnitten; durch Nichterscheinen zu Terminen und andere Manöver zog



er die Verfahren in die Länge. Schließlich aber, wenn ein Prozeß durch mehrere Instanzen hindurch verfolgt worden war, beruhigte er sich bei den Entscheidungen, um sich neuen Streitigkeiten zuzuwenden. Obgleich er bei jeder Gelegenheit betonte, daß er nicht geisteskrank sei, es auch früher nie gewesen sei, so scheint er sich doch gegen gerichtliche Entscheidungen dieser Art nicht aufgelehnt zu haben. Ja, einige Male machte er dem Gerichte gegenüber zu seiner Entlastung seine Aufgeregtheit und seinen früheren Aufenthalt in einer Anstalt geltend. 1892 machte er aus Rache einem Privatschulenbesitzer die Schüler abspenstig und gründete selbst eine Privatschule. Als die Polizei erschien, schloß er die Wohnung ab und sang hinter der verschlossenen Türe mit den Schülern Lieder wie „Gedenke du, mein Liebchen", „Ferdinand, wie schön bist du" u. ä., wozu einige Flöte bliesen.

Neben diesen Affären war H. in Görlitz noch in eine Reihe von Zivilprozessen verwickelt, in denen er sich ebenso „durchgängig auflehnend und beleidigend" benahm, wie in den Strafverfahren.

Das Gericht ordnete in Görlitz H.s Aufnahme in die Irrenanstalt zu B. gemäß § 81 StPO. an. Diesen Beschluß wies H. zunächst „kraft des über das Staatsrecht gehenden Familienrechtes kategorisch zurück", verlangte Verpflegung erster Klasse usw.

Am 1. Juni 1892 ward H. in die Anstalt gebracht und dort 16 Tage lang beobachtet. Aus einem ärztlichen Berichte über diese Zeit erfahren wir, daß H. „in sehr selbstbewußter, zufriedener Stimmung" gewesen sei. „Seine Zusammenstöße mit den Behörden erklärte er durch sein hitziges Temperament" und dadurch, „daß er nicht diplomatisch genug gewesen sei". Bei seinem Aufenthalt in K., 1885 und 1886, wollte er nicht geisteskrank, nur erregt gewesen sein. Der Direktor habe ihn damals falsch behandelt, was ihn manchmal aufgeregt habe. Im übrigen seien ein Arzt und die Wärter auf seiner Seite gestanden. 1889 habe ihn die Regierung aufgefordert, sich über die Anstalt zu beschweren. Der behandelnde Arzt erklärte den H. bei der Entlassung für einen psychopathischen und leicht erregbaren Menschen von beschränktem Urteilsvermögen, doch bestehe zurzeit keine ausgeprägte Geistesstörung; die freie Willensbestimmung sei ihm nicht vollständig abzusprechen.[1])

Das vom Medizinalkollegium zu B. eingeforderte Gutachten sprach sich für die Unzurechnungsfähigkeit des Kranken aus; nur bezüglich der Diagnose kam es zu einer andern Meinung und nahm „jenen *Defektzustand nach vorangegangener akuter Geisteskrankheit*, welcher gewöhnlich als *chronische Manie* bezeichnet wird", an. Es erfolgte Freisprechung.

In den nächsten Jahren machte H. in verschiedenen Städten vergebliche Versuche, Privatschulen zu errichten, und geriet mit den Behörden vielfach in Streitigkeiten. 1899 schädigte er in Speyer in mehr als 25 Fällen

[1]) Ein anderer Arzt diagnostizierte Querulantenwahn.

Geschäftsleute um insgesamt etwa 1700 M.; nirgends bezahlte er Miete; bei einem Pfarrer erschwindelte er u. a. 130 M. unter Vorzeigen einer Visitenkarte mit den Titeln „Schuldirektor, Pfarrer und Oberlehrer a. D.". Von seiner strafrechtlichen Verfolgung wurde abgesehen, da er geisteskrank sei.

Bald nachher beging H. in Heidelberg gemeinsam mit seiner Frau raffinierte Schwindeleien in größerem Maße und wurde zur Vorbereitung eines Gutachtens in die dortige psychiatrische Klinik eingewiesen (1901).

Hier zeigte sich H. immer besonnen, verkehrte mit den Ärzten kordial und formlos. Die Stimmung war dauernd sehr gehoben und euphorisch. Der Gedankenablauf war geordnet; nur bei längerem Erzählen machte sich eine Neigung bemerkbar, sehr in die Breite zu gehen und weitschweifig zu werden, doch verlor der Kranke dabei nie den Faden. Anfangs zeigte er eine gewisse Vielgeschäftigkeit und Ruhelosigkeit; er las viel, schrieb Briefe, häufte eine Menge von Büchern um sich an, las demonstrativ in den Klassikern. Schon nach einigen Tagen jedoch ließ er die wissenschaftlichen Bücher liegen und beschränkte sich auf die Zeitung und einen lebhaften Briefwechsel mit seinen Angehörigen. Ohne jedes Taktgefühl mischte er sich in die Angelegenheiten anderer Kranken, redete in die Gespräche des Arztes mit den Patienten hinein. Mit derselben Geschicklichkeit, mit der er bei Besprechung seines Lebensganges alles für ihn Günstige hervorhob und übertrieb, wußte er peinliche Tatsachen mit Stillschweigen zu übergehen oder so zu entstellen, daß sie alles Kompromittierende verloren. Jede Einsicht in seine unsozialen Eigenschaften, in die Unzulänglichkeit und Unstetheit seiner Lebensführung fehlte ihm. Ebenso hatte er keine Krankheitseinsicht für die beiden akuten Psychosen. Im übrigen führte er alle seine Mißerfolge auf Schikanen und Unverständnis der Behörden, auf das Übelwollen und die Dummheit seiner Vorgesetzten zurück. Dabei ergab vielfach der Vergleich seiner Aussagen über gewisse Vorgänge der jüngeren oder älteren Vergangenheit mit dem, was in den Akten authentisch darüber festgestellt war, daß seine Erinnerung die Dinge vielfach ganz gefälscht, bis ins Gegenteil vom Wirklichen verkehrt hatte. Auch von offenbar jeder wirklichen Grundlage entbehrenden Geschichten berichtete H. So erzählte er, wie er sich 1883 in Halle über das ihm zuteil gewordene schlechte Examenzeugnis beim Minister Gossler beschwert und wie dieser dann bei der Durchreise durch Halle sein Unrecht zugegeben habe mit den Worten: „Ja, da habe ich mal einen faux pas gemacht." Der Zukunft sah er getrosten Mutes entgegen. Er war sicher, nicht bestraft zu werden, schmiedete Pläne und stand in Briefwechsel wegen einer Anstellung als Lokalschulinspektor mit einem Gehalt von 3600 M. Auch betrieb er von der Klinik aus die Vertretung seiner Interessen in dem gegen ihn eingeleiteten Strafverfahren.

Das über ihn von der Klinik abgegebene Gutachten führte aus, daß



H. zwar früher an diagnostisch nicht klaren Geistesstörungen gelitten habe, und daß er auch jetzt noch eine konstitutionell krankhafte Persönlichkeit, aber nicht geisteskrank im Sinne des Gesetzes sei.

Als er wegen Betrugs zu vier Monaten Gefängnis verurteilt worden war, legte er Revision gegen das Urteil ein, die aber vom Reichsgericht verworfen wurde. Auch die Revision begründete er unter allerhand Haarspaltereien und kniffligen Erörterungen juristischer Begriffe.

In der Folgezeit änderte sich H.s Verhalten nach den vorliegenden Akten nicht. Er setzte sein unstetes Leben fort, verwickelte sich noch mehrmals in Strafverfahren wegen unbefugter Titelführung und kleinerer Schwindeleien. Seinen eigenen 72 jährigen Vater klagte er 1902 der Urkundenfälschung an, indem er behauptete, er habe in seinem Hausbuche im Jahre 1876 Unterschriften gefälscht, wodurch sein, H.s, Erbe gekürzt werde. Die gerichtlichen Nachforschungen ergaben die völlige Haltlosigkeit dieser Behauptung; von H. selbst rührten die Unterschriften her. Nach wie vor protestierte er gegen alle gerichtlichen Beschlüsse in der alten Weise. 1905 ist er im Alter von 52 Jahren gestorben.

Nach *Kraepelins* Auffassung [1]) ist in diesem Falle nach Ablauf einer manischen Psychose nicht Genesung eingetreten, sondern es hat sich daran ein dauernder Zustand von leichtester, vielleicht in ihrer Stärke wechselnder, manischer Erregung angeschlossen. Man könne wohl von einer chronischen Manie sprechen; doch möchte *Kraepelin* die Bezeichnung „konstitutionelle Erregung" vorziehen, da er den Zustand nicht als den unglücklichen Ausgang einer ungeheilten Geistesstörung, sondern als den Ausdruck der manisch-depressiven Veranlagung, als eine Vorstufe der ausgeprägten Krankheit betrachte. Was die Zeit vor der akuten Psychose anlange, so deute nur das Verhalten des Kranken in Straßburg auf eine hypomanische Stimmung hin.

Dieser letzten Bemerkung gegenüber möchte ich betonen, daß der Patient schon vor der akuten Psychose im wesentlichen das gleiche Bild geboten hat wie nachher, nur in etwas geringerer Intensität. Seine krankhafte Eigenart äußert sich bereits zur Gymnasialzeit in maßlos eingebildetem und überhebendem Wesen. Vom Eintritte in das öffentliche Leben an gerät der Kranke durch diese Eigenschaften sowie durch Rechthaberei, Unverträglichkeit und Unruhe beständig in Konflikte und erweist sich als unfähig zu einer geordneten Lebensführung. Der kurze Verwirrtheitszustand im 28. Jahre, für den hinterdrein eine mangelhafte Erinnerung besteht, macht den Eindruck eines

[1]) a. a. O.



Dämmerzustandes. Ob für ihn irgendwelche äußere Ursachen als auslösende Momente verantwortlich zu machen waren, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. In der Deutung der mehrere Jahre dauernden akuten Psychose, die dann im 31. Jahre einsetzt, möchte ich mich *Kraepelins* Ansicht anschließen. Der Kranke bietet in den ersten dreiviertel Jahren ein ziemlich rein hypomanisches Bild; mehrmals, namentlich im Beginn, war er vielleicht vorübergehend verwirrt. Dann ändert sich das Krankheitsbild etwas. Es treten Züge auf, die der „reinen"Manie fremd sind. Der Kranke ist, offenbar bei verhältnismäßiger motorischer Ruhe, unsauber, bringt ohne jede Nachhaltigkeit stereotyp Bitten vor, läßt sich ruhig von andern mißhandeln. Es ist mir wahrscheinlich, daß zu dieser Zeit eine tiefere Bewußtseinsstörung dieses absonderliche Verhalten bedingte, das an das Gebahren Verblödeter erinnert; die in der Krankengeschichte mehrmals wiederholte Bemerkung, Patient erscheine verstört und der Wirklichkeit ganz entrückt, deutet darauf hin. Jedenfalls beobachten wir solche eine psychische Schwäche vortäuschenden vorübergehenden Zustände auch sonst bei manisch-depressiven Psychosen. Nach mehrmonatiger Dauer geht unter vereinzelten Schwankungen diese Phase allmählich in den psychopathischen Dauerzustand über. Der Kranke tritt wieder ins Leben und zeigt im wesentlichen dasselbe Bild wie vorher. Nur äußert sich der querulatorische Zug jetzt stärker. Übermütige Stimmung, unversieglicher Optimismus, große Reizbarkeit und Erregbarkeit, Rechthaberei, Unternehmungslust, Neigung zu Großtuerei und Schwindeleien, Erinnerungsfälschungen und als erste Andeutung einer formalen Denkstörung Weitschweifigkeit — diese Erscheinungen lassen die leicht manische Färbung des Krankheitsbildes erkennen. Von einem Schwachsinn kann bei der Schlagfertigkeit und Gewandtheit des Kranken nicht die Rede sein. Im Gegensatze zum Querulantenwahnsinn im Sinne *Kraepelins* bringt der Patient, obwohl er auch eine dauernde Neigung zum Querulieren hat, die verschiedenen Streitigkeiten nicht systematisch miteinander in Zusammenhang; auch verfolgt er nicht jede einzelne mit der Hartnäckigkeit des paranoischen Querulanten, sondern läßt sie schließlich immer fallen. Daß wir es nicht mit einem Defektzustande nach akuter Erkrankung zu tun haben, wie es in dem einen Gutachten heißt, geht schon alleindarausher vor, daß der Patient vor dieser ungefähr in dem gleichen Zustande war.



Der Kranke ist ein gutes Beispiel für das Krankheitsbild, das *Kraepelin* konstitutionelle Erregung nennt. Die Ähnlichkeit mit hypomanischen Psychosen liegt auf der Hand, und es ist nur der geringe Grad der Störungen, der uns hindert, solche Fälle als Hypomanien zu bezeichnen. Von einem Beginne des krankhaften Zustandes kann man nicht reden. Schon in den Knabenjahren hatte der Kranke auffallende Eigenschaften, die auf sein späteres Verhalten hindeuteten. So erscheint der krankhafte Zustand als in der Anlage der Persönlichkeit begründete dauernde Abweichung von der Norm.

Das oben über den Verlauf des Zustandes Gesagte bedarf noch einer Ergänzung. Wenn wir auch, wie erwähnt, bei unserem Patienten von einem eigentlichen Beginn der Störungen nicht reden können, so gewinnen wir doch aus seiner Krankengeschichte den Eindruck, daß sie nicht von vornherein in der gleichen Schwere bestanden haben. Sie erscheinen in der Krankengeschichte zum ersten Male, als der Patient (mit 23 Jahren) nach Ablauf seiner Studienzeit ins Leben tritt. Von da an äußern sie sich fortwährend. Es scheint, daß besonders in den Jahren vor der akuten Psychose neben vorübergehenden Verschlimmerungen bisweilen auch für kurze Zeit ein Nachlaß der Erscheinungen vorgekommen ist. Ob das streng endogene Schwankungen gewesen sind oder Rückwirkungen von äußeren Einflüssen auf den krankhaften Zustand, wird nicht zu entscheiden sein. Endogene Schwankungen kommen bei solchen Zuständen ja zweifellos vor. Auf der andern Seite ist aber zuzugeben, daß bei Manischen überhaupt infolge der Erregbarkeit dieser Kranken das Zustandsbild, was die Schwere der Erscheinungen anlangt, bis zu einem gewissen Grade von den Einflüssen des Milieus abhängig ist, und zwar um so mehr und dauernder, je leichter die Erregung ist. Wir müssen diesen Umstand immer im Auge behalten, wenn wir bei den hier zu betrachtenden Fällen nach dem Entwicklungsmodus des krankhaften Zustandes forschen, wenn wir feststellen wollen, in welchem Alter sich dieser zum ersten Male gezeigt, wann er sich etwa gesteigert hat usw. Daß die Anamnesen bei solchen Fällen nach der Kindheit zu immer lückenhafter und summarischer zu werden pflegen, erschwert solche Betrachtungen noch mehr.

Im ganzen gewinnen wir also bei einem Überblicke über den Lebensgang des Patienten den Eindruck, daß seine dauernde krank-





hafte Eigentümlichkeit sich im Keime schon in seinen Knaben- und Jünglingsjahren gezeigt, sich dann gegen die Mitte des dritten Jahrzehntes stärker entwickelt und in dessen zweiter Hälfte nahezu die definitive Höhe erreicht hat. Die akute Psychose erscheint als eine vorübergehende Unterbrechung des Dauerzustandes.

### Fall VIII.

Karl Dörfler, Student, geboren 1885.

Der Kranke ist erblich belastet. Beide Eltern gelten als sehr nervös; der Vater soll Neurastheniker und sehr erregbar sein. Zwei Schwestern der Großmutter väterlicherseits waren geisteskrank, die Großmutter selbst wurde es noch im hohen Alter. Eine Schwester des Patienten ist ebenfalls sehr nervös. Über seine Kindheit wissen wir, daß er rechtzeitig zu sprechen und laufen begann, gut lernte, aber sehr eigensinnig und reizbar war und in der Schule durch Zerstreutheit auffiel. Er war schwierig zu erziehen; widerspenstig und ohne jede Pietät, war weder durch Strafen und Drohungen noch durch Bitten der Eltern zu beeinflussen. In den Zeugnissen aus seiner Gymnasialzeit wird sein Leichtsinn, sein tadelnswertes Betragen, sein mangelhafter Fleiß und die Ungleichmäßigkeit seiner Leistungen hervorgehoben; zudem sei er reizbar und jähzornig, bei seinen Kameraden unbeliebt, oberflächlich, unordentlich und unbeständig gewesen und habe eine Menge loser Streiche vollführt. Dabei erreichte Patient sein Pensum aber stets und bestand die Reifeprüfung mit guten Noten. Nach Verlassen des Gymnasiums trat er als Avantageur in die Armee ein, bekam aber auch dort alsbald Schwierigkeiten. Seine militärischen Vorgesetzten schildern ihn als unbescheiden, leichtsinnig, roh, unreinlich und unbedenklich in der Wahl seines Umganges; er habe durch ein übertriebenes Selbstbewußtsein verblüfft, habe die frecheste Lüge nicht gescheut und einen hohen Grad von Gefühllosigkeit gezeigt. Einmal machte er in 35 Tagen Schulden in der Höhe von 570 M., allein für Essen und Getränke. Man habe oft an seiner geistigen Gesundheit gezweifelt. Seinen Kameraden fiel sein krankhaft erregtes Wesen und sein überstürztes Sprechen auf. Während seiner elfmonatigen Dienstzeit wurde er mit zahlreichen Arreststrafen belegt wegen Verstöße gegen die Subordination, wegen leichtsinnigen Schuldenmachens, Vernachlässigung seiner Uniform. Schließlich verurteilte ihn das Kriegsgericht wegen erschwerten Ungehorsams zu 28 Tagen strengen Arrests. Gegen dieses Urteil legte D. Berufung ein, desertierte aber zugleich in der Absicht, in Amerika Farmer zu werden. Durch die Bitten seiner Angehörigen zur Rückkehr zum Truppenteile bewogen, wurde D. zunächst einer Beobachtung seines Geisteszustandes im Militärlazarett unterworfen. Er war guter Dinge, begrüßte seine Kameraden, als wenn nichts geschehen wäre, ging seinen Vater um 600 M. an, machte Wäschebestellungen, verteilte im Lazarett pornographische Lektüre; von Reue war keine Spur an ihm zu bemerken. Das militärärztliche Gutachten erwähnte noch,



daß D. häufig an Kongestionen und migräneartigen Kopfschmerzen leide; es erklärte ihn für unzurechnungsfähig, da er an moralischem Schwachsinn leide. In einem bald darauf eingeforderten militärärztlichen Obergutachten wurde jedoch die Diagnose auf Dementia praecox gestellt: D. halte sich für einen modernen Dichter; er zeige keine Reue, halte vielmehr seine Fahnenflucht für eine großartige Tat und sei stolz darauf; er sei leicht bestimmbar, trage sich mit allerlei Plänen, lache oft unmotiviert, sei hochgradig erregbar und bar aller ethischen Gefühle.

Nachdem Patient daraufhin freigesprochen und vom Militärdienste befreit worden war, begab er sich zunächst zu seiner von ihrem Manne getrennt lebenden Mutter. Da er aber dort höchst streitsüchtig war, in alles hineinredete, alles besser verstand, sah sich die Mutter genötigt, ihn am 19. September 1904 in die damalige psychiatrische Abteilung des Krankenhauses l. d. Isar zu München zu bringen, aus der er am 8. November in die dortige psychiatrische Klinik übersiedelte. Er wurde jedoch bald wieder aus dieser entlassen (Diagnose: psychopathische Persönlichkeit) und zunächst zur Erlernung der Landwirtschaft auf einem Gute untergebracht, dessen Besitzer den D. jedoch nach 9 Monaten wegen absoluter Unbrauchbarkeit wieder entließ. D. hatte kaum eine halbe Stunde im Tage gearbeitet, sich teure Jagdhunde gehalten, sich nichts sagen lassen; er hatte alles besser gewußt als sein Lehrherr, beständig Skandal mit den Dienstboten gehabt, viel getrunken, eine Menge Schulden gemacht. Dem Vater gegenüber äußerte er beständig neue Pläne: zur Marine, in die Kolonien zu gehen und eine Farm zu gründen, Medizin zu studieren, nach China zu gehen. Für alle seine Ausschreitungen hatte er ein hochstehendes Motiv. Als ihm der Vater z. B. vorwarf, daß er sich teure Hunde halte, erklärte er, durch Hundehalten lerne man „Geduld, Selbstbeherrschung, Ruhe, liebevolles Eingehen auf fremde Eigenschaften und Anschauungen, Verständnis für fremde Art". Von dem Gute aus begab sich Patient eigenmächtig nach München und ließ sich dort gegen den Willen des Vaters immatrikulieren. In dem hierdurch veranlaßten Briefwechsel mit letzterem kamen die hohe Meinung, die Patient von seinen Fähigkeiten hat, und seine hochfliegenden Zukunftspläne zum Ausdrucke. Er erklärte sich z. B. für befähigt, nach einigen Semestern Studiums, während deren er aber jedenfalls nicht studieren werde, einen Lehrstuhl an einer Universität zu erreichen, durch seine Schriftstellerei und sein Dichtergenie den ersten Größen gleichzukommen; selbstverständlich werde er sich auch große Reichtümer erwerben, so daß er deshalb jetzt schon nicht so sehr auf das Geld zu achten brauche und es nach Belieben ausgeben könne.

In München belegte D. eine Unmenge Vorlesungen aus den verschiedensten Gebieten: Sanskrit, Hebräisch, Religionsgeschichte, Geschichte, Psychologie, Philosophie, griechische und lateinische Philologie, Sozialpolitik. In der Berliz-School meldete er sich zum Unterrichte im Fran-





zösischen, Englischen und Italienischen an. Auch verfaßte er in München eine Menge Gedichte, Novellen und Dramen; er fuhr fort, in der leichtsinnigsten Weise Schulden zu machen, schaffte Bücher aus allen Wissensgebieten in großen Mengen und viele Kunstgegenstände an, versetzte noch unbezahlte Gegenstände, verjubelte die Kollegiengelder, renommierte allenthalben mit seiner Schriftstellerei, verglich sich mit Goethe, Ibsen, Zola. In seinen Briefen an den Vater verlangte er beständig Geld; dabei schlug er einen höchst unehrerbietigen Ton an; er rühmte sich seiner Mensurerfolge, erzählte, wie er auf Ausflügen seiner Verbindung den Damen zu imponieren gedenke usw. Das gleiche unbeständige und renommistische Wesen zeigte er auch im Verkehre mit Bekannten, die von ihm den Eindruck erhielten, er leide an Größenwahn. Besonders schimpfte er ihnen gegenüber in den unflätigsten Ausdrücken über seinen Vater (scheinheilig, infamer Schuft, Schurke, Kalb).

Im Juni 1906 ward das Entmündigungsverfahren gegen D. eingeleitet und ihm zunächst in der Person seines Schwagers ein vorläufiger Vormund bestellt. Patient richtete nun von da an öfters Eingaben an das Gericht, in denen er gegen die Entmündigung protestierte, sein Schuldenmachen als notwendig infolge der einsichtlosen Knauserei seines Vaters darstellte, in den beleidigendsten Ausdrücken alle möglichen Beschwerden und Anschuldigungen gegen seinen Vormund vorbrachte, der gegen ihn gewissenlos verführe. Unter anderem führte er darin als Beweis hierfür an, daß der Vormund ihm zumute, Abschriften seiner schriftstellerischen Arbeiten für das Gericht selbst zu machen, und ihm die Zahlung von Abschriftgebühren verweigere; seinen Vater nennt er seinen rücksichtlosen Feind, den Vormund Erbschleicher usw. Dem Gerichte selbst wirft er in diesen Eingaben Nachlässigkeit, Mangel an gutem Willen und „wenn auch ungewollte Voreingenommenheit und Parteilichkeit“ vor. Seine unstete und kostspielige Lebensweise rechtfertigt er als den „Ausdruck eines vernünftigen, ja überschäumenden Genießens und Sichauslebens“, das die Bedingung zu reichen inneren und äußeren Erfahrungen sei; zudem erfordere es sein künftiger Beruf als Schriftsteller, das Leben in allen seinen Formen zu studieren. Auch in seinem äußeren Leben zeigte D. eine auffallende Unruhe. Er wechselte oft die Wohnung — in fünf Monaten viermal —, trank oft viel; Widerspruch vertrug er gar nicht, war ungeduldig und streitsüchtig. Als einmal die Wäscherin die Wäsche nicht rechtzeitig lieferte, verlangte er, daß seine Wirtin einen Schutzmann nach ihr schicke.

Die im Entmündigungsverfahren vernommenen Zeugen, besonders seine damalige Wirtin, die ihn schon seit Monaten kannte, geben an, daß die Unruhe und Erregung D.s in den letzten Monaten des Jahres 1906 entschieden eine Steigerung erfahren habe. Er machte Reisepläne, wollte bald nach Mailand, bald zur Erholung nach der Schweiz gehen, sich ein Pferd anschaffen, Sport treiben. Einmal bestellte er vier Anzüge bei



einem Schneider auf einmal. Seinem Schwager und Vormund schickte er Mitte November eine Pistolenforderung, da er sich durch dessen ermahnende Briefe beleidigt fühlte; hinterdrein beklagte er sich noch darüber, daß jener ihm die durch die Forderung erwachsenen Kosten nicht ersetzt habe.

Bei den wiederholten ärztlichen Untersuchungen, denen D. auf Anordnung des Gerichtes im Januar und April 1907 unterworfen wurde, zeigte er ein ähnliches Verhalten wie bei seinem Aufenthalte in der Klinik im Jahre 1904.

Zunächst fiel da eine dauernde leichte motorische Erregung auf: er gestikulierte beim Reden lebhaft, war in beständiger Unruhe, rutschte auf dem Stuhle hin und her, spielte mit vor ihm liegenden Gegenständen; in allen Bewegungen zeigte er eine große Hast. Er sprach auch viel und außerordentlich rasch, so daß sich die Worte oft überstürzten; den Arzt unterbrach er häufig, ließ ihn vielfach gar nicht zu Worte kommen. In seiner Rede schweifte er leicht ab, sprang oft von einem Gedankengang ohne erkennbare Verbindung auf den andern über. Seine Stimmung war gehoben. Er sprach mit Genugtuung von seinem großen dichterischen Talent, von seiner guten Beobachtungsgabe. Seine Zukunft sah er in rosigem Lichte; er entwickelte, wie er sich mit seiner Schriftstellerei Tausende verdienen werde, wie er aber noch Jura studieren wolle, um für alle Fälle eine „Eselsbrücke" zu haben; das Examen wolle er natürlich mit Note I machen. Schwierigkeiten schien es für ihn nicht zu geben; alles schien, wenn man ihn hörte, ganz einfach zu sein. Englischen Unterricht hatte er nur kurze Zeit gehabt. Trotzdem gedachte er, englische und französische Bücher zu übersetzen. „Englisch besteht ja nur aus einer Reihe von Wörtern, und dadurch, daß man es übersetzt, lernt man es."

Über seinen Vater und alle andern Menschen, die ihm im Leben hatten gegenübertreten müssen, sprach er in einem Gemisch von Geringschätzung und Gereiztheit, wobei er sich aber bald in große Erregung hineinredete. Für seine in seiner Lebensführung bewiesene Unzulänglichkeit und seine Ausschreitungen zeigte er keinerlei Einsicht. Mit großer Gewandtheit und Spitzfindigkeit verstand er es hier, Entschuldigungen und für ihn günstige Erklärungen zu finden und die Dinge so zu drehen, daß er in bestem Lichte dazustehen schien. Dabei zeigten sich jedoch keine Anhaltspunkte für das Bestehen eigentlicher Erinnerungsfälschungen. Den Wechsel seiner Pläne und sein Verhalten beim Militär z. B. suchte D. so zu erklären: Er habe geglaubt, beim Militär werde man zum Manne erzogen, und gehofft, sich als Offizier in fremden Ländern auszeichnen zu können. Nur Parademarsch zu machen, sei nicht seine Absicht gewesen. Als er dann das Militärwesen aus der Nähe kennen gelernt habe, habe er bemerkt, daß alles nur Schein sei, und er sei zu der Überzeugung gekommen, wenn er dabei bleibe, werde er nur ein richtiger Lebe-



mann. Als nun noch Schikanen seitens der Vorgesetzten dazugekommen seien, habe er alle Lust verloren und habe sich davongemacht.

Eine eigentliche Krankheitseinsicht fehlte ihm. Doch gab er zu, „nervös“ zu sein: leicht reizbar, unfähig, sich einer Autorität zu fügen; auch jagten sich die Gedanken infolge seines lebhaften Temperaments bei ihm oft so, daß er vom A aufs Z käme. Oft habe er heftige Kopfschmerzen und dauernd eine Neigung zu Schreibkrampf. Von Zeiten trauriger Verstimmung wisse er nichts zu berichten. Dagegen gab er selbst an, daß sein nervöser Zustand zweimal einen Höhepunkt erreicht habe: gegen Ende seiner Militärzeit und Ende 1906. Beide Male war er so aufgeregt, daß er unfähig zu irgendeiner Arbeit war; nichts konnte er zu Ende führen; eine heftige innere Spannung machte sich geltend. Besonders sei es ihm in der Militärzeit aufgefallen, daß er trotz anstrengenden Dienstes ein sehr geringes Schlafbedürfnis gehabt habe.

Wahnideen und Sinnestäuschungen waren nie vorgekommen.

Die zahlreichen Schriftstücke (kurze Aufsätze belletristischen, politischen und sozialpolitischen Inhalts, seine Briefe und Eingaben sowie eine kürzlich auf ärztliche Veranlassung verfaßte umfangreiche Selbstbiographie) verraten zweifellos eine gewisse Begabung zu flottem Ausdruck; der Gedankengang ist geordnet, eine Neigung zu burschikosen Ausdrücken unverkennbar. Inhaltlich enthalten sie sozialdemokratische Ideen, ganz vernünftig klingende Äußerungen über religiöse und soziale Fragen; freilich sind es alles Ansichten, die man heute allenthalben hört, und wirklich originelle Ideen sucht man vergebens. Charakteristisch ist sein Wahlspruch: „Schnell entschlossen, schnell gewagt, immer stolz und unverzagt! Was auch gegenstieße, „Durch!“ sei die Devise.“

Schließlich sei noch bemerkt, daß die Mutter des Kranken, die richtiges Verständnis für seine Eigenart hat, den Eindruck hat, sein Zustand habe sich im ganzen seit der Militärzeit verschlimmert, sei aber seitdem überdies noch verschiedenen Schwankungen in bezug auf die Stärke der Erscheinungen unterworfen gewesen. [1])

Wir erkennen auch in dem Bilde dieses Kranken, wie bei dem vorhergehenden, die Ähnlichkeit mit hypomanischen Zuständen wieder. Die Krankengeschichte zeigt uns — mit voller Deutlichkeit seit seiner Militärzeit — seine unbeständige Geschäftigkeit und Plänemacherei, seine gehobene Stimmung, Selbstüberschätzung und Renommiersucht, seine gemütliche Erregbarkeit bei großer Oberflächlichkeit der gemütlichen Regungen, sowie die Erscheinungen einer leichtesten motorischen Erregung. Wenn wir bei alledem nicht von einer eigentlichen Hypomanie reden wollen, so hindert uns daran der geringe Grad der

[1]) Anm. b. d. Korr. — Seit einem Jahre konnte ich über den Kranken nichts erfahren. Damals war er noch im selben Zustande.



Störungen. Der Patient erscheint dem, der ihn sieht, nicht so ohne weiteres als krankhaft. Erst wenn er, auf seine Pläne und seine durch die mannigfachen Verwicklungen hervorgerufene schwierige Lage hingelenkt, zu reden anfängt, besonders aber bei genauerem Kennenlernen seiner Lebensgeschichte bemerkt man, daß es sich hier um eine leichte Erregung handelt. Auch hier können wir die Störungen des noch im Jünglingsalter stehenden Menschen bis in die Kindheit zurück verfolgen. Daß sich die Symptome in der Militärzeit erst recht zeigen, können wir nicht ohne weiteres auf eine Verschlimmerung des Zustandes zu deren Beginn beziehen. Die Nachrichten aus der Gymnasialzeit deuten auf ähnliche Vorkommnisse hin wie während des Dienstjahres, und es ist natürlich, daß sich bei der größeren sozialen Selbständigkeit nach Verlassen der Schule die Eigenart D.s stärker äußern mußte. Dagegen müssen wir nach der charakteristischen Schilderung, die dieser von seiner damaligen Verfassung gibt, eine Steigerung des krankhaften Zustandes in der zweiten Hälfte der Militärzeit annehmen. Wie lange sie gedauert hat, ist nicht bestimmt zu sagen. Ende 1906 bemerken wir eine erneute Zunahme der Störungen.

Die Zukunft wird zeigen, wie sich der Kranke weiter entwickelt: ob sein Zustand sich im wesentlichen gleich bleiben, ob, wann und für wie lange Zeit er sich steigern wird, ob interkurrente, akute Psychosen eintreten und welcher Art sie sein werden.

Der Fall, dem wir die Diagnose konstitutionelle Erregung geben, ist ein gutes Seitenstück zu den von *Jung* geschilderten.[1])

Bei der Vielgestaltigkeit des Bildes der konstitutionellen Erregung, bei dem Interesse, das die Fragen nach seiner klinischen Stellung, nach der Art seiner Entwicklung und seines Verlaufes bieten, wäre es wünschenswert, eine größere Zahl von Krankengeschichten beizubringen. Da es mir aber an gut beobachteten und anamnestisch wenigstens einigermaßen geklärten Fällen fehlt, so will ich noch die schönen Krankengeschichten von den vier *Jung*schen Fällen[2]) im Auszuge anführen.

**Fall 1** von *Jung*.

**26jähriger** Kaufmann. Vater paralytisch. In der Schule zerstreut

[1]) a. a. O.

[2]) a. a. O. S. 18 ff.



und unaufmerksam, faul, oberflächlich. In der Gymnasialzeit leicht gelernt, begabt, ohne Ausdauer. Stets frohgelaunt und unbekümmert. Gutes Abiturium. Dann in einem Geschäfte, faul, durch Vergnügungen abgelenkt. Als Einjähriger sehr flott, Alkoholexzesse. Alle acht Wochen etwa einen Tag lang ohne Grund verstimmt, hatte dann „pessimistische Weltauffassung". Quälende innere Unruhe, rastloser Drang nach Veränderung. Schließlich Auslandreise, zügelloser Lebenswandel, schwere Alkoholexzesse. In alkoholistischem Zustande Ideenflucht. In der Anstalt sehr lebhaft, gesprächig, heiter, liebenswürdig, oberflächlich, gutes gesellschaftliches Talent; fing allerhand Beschäftigungen an, ohne sie zu Ende zu führen.

Der Kranke stellt einen leichten Fall von konstitutioneller Erregung oder, wie *Jung* es nennt, manischer Verstimmung dar. Ein Urteil über die Art der Entwicklung des Zustandes gestattet die Krankengeschichte nicht. Bemerkenswert sind die kurzen, endogenen Depressionszustände zwischendurch. Akute Steigerungen zu psychotischer Höhe sind bei dem 26jährigen Patienten bislang nicht aufgetreten.

Fall III von *Jung*.

Erblich belastete Krankenpflegerin, 27 Jahre alt. Gute Schülerin, auch meist im Betragen gute Zensuren; lebhaft, anscheinend auch reizbar. Mit 16 Jahren aus der Schule, arbeitete nicht recht, unfolgsam, blieb nur kurz in ihren Lehrstellen. Faßte gut auf, meist heiter, oberflächlich. Von da an im Vordergrunde des Bildes große soziale Unbeständigkeit. Innerhalb von 11 Jahren 32maliger Stellenwechsel; dabei überall beliebt, angenehm im Verkehr; gelegentlich leichte Depressionen nach äußeren Anlässen. Schließlich deutliche Steigerung der Unruhe, Gesprächigkeit, zweckloses Hin- und Herreisen. Mit 27 Jahren Irrenanstalt, leichte manische Erregung mit motorischer Unruhe, bei längerer Rede zutagetretende Ideenflucht, gehobene Stimmung; erotisch, kokett, labil, Heiratspläne.

Auch hier haben wir eine konstitutionelle Erregung, die sich gegen das 27. Jahr zu einer deutlichen Hypomanie steigert. Die Anfänge des krankhaften Zustandes liegen in der Kindheit.

Fall IV von *Jung*.

54jähriger Mann. Vater und Bruder ähnlich veranlagt wie Patient. Als Kind lebhaft, aufgeregt, ausgezeichnete Schulzeugnisse. Nach Verlassen der Schule ein Jahr lang in der Lehre, sehr fleißig und anstellig, gute Fortschritte. Dann, etwa im 16. Lebensjahre, Änderung: verschwenderisch, trank. Vom 18. bis 21. Jahre zunehmend liederlich, „großartige Meinung von sich", Renommieren, unstetes Wanderleben, unzufrieden, anspruchsvoll. Vagabundierte dann, dabei immer selbstzufrieden, schnitt auf, prahlte; Alkoholismus. Mit 28 Jahren mehrere Monate lang akute manische Erregung: heiter, ideen-



flüchtig, witzig, Gehörstäuschungen (Diagnose: Manie). Dann wieder Vagabundenleben. Im Alter von 32 Jahren „unter dem Einflusse größerer Entbehrungen und strenger Kälte" deliriöser Zustand, in dem er Papst zu sein, ein großes Essen bestellt zu haben glaubte und auf der Post 5000 Fr. erheben wollte. Mit 35 Jahren Heirat. Ein Jahr lang bei der Frau, dann wieder Wanderleben. Mit 38 Jahren tiefere Depression (war tatsächlich in bedrängter Lage), verzweifelt, Selbstmordideen. Darnach Diebstähle, von neuem manische Erregung; Rededrang, sang, Größenideen, Heiterkeit, Weitschweifigkeit, unzusammenhängende Schriftstücke. (Diagnose: periodische Manie.) Nach etwa dreiviertel Jahren Nachlaß der Erscheinungen, aber Zurückbleiben von Weltverbesserungsideen. Fortsetzung des unsteten Lebens 10 Jahre hindurch; in dieser Zeit mehrfach Diebstähle, Arbeitshaus, einmal in der Haft vorübergehend Gehörstäuschungen. Vom 48. Jahre an wieder deutliche manische Erregung, wie die letzte, doch von etwa zweijähriger Dauer. Zwischendurch einmal in der Haft Gehörstäuschungen („Haftkomplex" nach *Jung*). Jetzt anscheinend wieder leichter Zustand, im Alter von 54 Jahren abermals neue Steigerung; diesmal scheinen die manischen Erscheinungen in stets größerer Stärke ausgeprägt zu sein. (Schluß der Beobachtung.)

Ich habe in dem vorstehenden kurzen Auszug aus *Jungs* Krankengeschichte die akuten psychotischen Phasen stärker ausgehoben, als es *Jung* in seiner Besprechung des Falles tut. Der Kranke ist dauernd in einem manisch gefärbten leichten Erregungszustande, dessen Beginn ziemlich scharf abgegrenzt zu sein scheint und ins 16. Jahr fällt. Er bietet das Bild einer konstitutionellen Erregung, auf deren Boden sich im Alter von 28, 38, 48 und 54 Jahren akute manische Erregungen erheben, die bei der gleichartigen Färbung des dauernden Zustandes als vorübergehende Steigerungen desselben erscheinen. Einmal geht der akuten Erregung eine Depression voraus.

Außer diesen vier manischen Anfällen haben wir noch im 32. Jahre einen rasch vorübergehenden (dämmerzustandartigen?) psychotischen Anfall. Er erinnert uns an den kurzen Verwirrtheitszustand, den der Kranke in Fall VII meiner Beobachtung im 28. Lebensjahre durchmachte. *Jung* führt ihn bei seinem Kranken auf Entbehrungen und Kälte zurück, mit welchem Rechte, bleibe dahingestellt. Schließlich stellen wir noch fest, daß bei dem Kranken mit zunehmendem Alter die einzelnen manischen Anfälle sich mehr in die Länge ziehen; es hat auch den Anschein, als wenn sich auch das intervalläre krankhafte Verhalten des Kranken schließlich

verschlimmerte. *Jung* bemerkt bei seiner Besprechung des Falles: „Die in der Krankengeschichte mehrfach erwähnten halluzinatorischen Episoden können nicht leicht irgendeinem bekannten Krankheitsbilde beigeordnet werden; die eine scheint unter dem Einflusse der Erschöpfung zustande gekommen zu sein, eine andere unter dem Einflusse der Haft, eine dritte unter dem Einflusse starker Aufregung. Sie lassen sich nach *Magnan* als „Syndromes épisodiques des dégénérés" auffassen. Wir wissen, daß sogenannte „Haftkomplexe" bei Entarteten von verschiedenster Richtung vorkommen können, ohne daß daraus auf eine zugrundeliegende besondere Psychose könnte geschlossen werden. Wir sehen auch bei unserem Patienten die deliriösen Zustände rasch und ohne Residuen zurückgehen, weshalb die Auffassung als „Syndrome" eines Entarteten am nächsten liegt." Meiner Meinung nach bedarf es einer solchen Erklärung nicht, wenigstens nicht für die beiden letzten der Episoden, die *Jung* hier im Auge hat. Sie fallen beide in Zeiten ausgesprochener manischer Erregung. Daß dabei Sinnestäuschungen vorkommen, wissen wir. Sie gehören eben dann ins Krankheitsbild der Manie. Daß die erste, die der Kranke mit 32 Jahren durchmachte, an einen Dämmerzustand zu erinnern scheint, wurde bereits erwähnt.

Fall II von *Jung*.

45jährige Frau, erblich belastet. Als Kind aufgeweckt, ungemein lebhaft, gute Schülerin. Nach dem 18. Jahre entwickelten sich einige Zeit, nachdem Patientin zwei Notzuchtattentate erlitten hatte, anormale Stimmungen, meist Depressionen mit starker Verzweiflung, in denen sie Wein trank und hysterische Krampfanfälle bekam. (Nähere Angaben fehlen.) Mit 22 Jahren Heirat. Unglückliche Ehe. Alkoholismus, sehr labile Stimmung, zunehmendeReizbarkeit und Aufregung. Im 30. Jahre infolge von Alkoholexzessen in die Irrenanstalt. Dort dauernd sehr labil, zum Renommieren und Kritisieren geneigt, redselig, klatschsüchtig. Auch in der Folge mit mancherlei Schwankungen leichtester Art dasselbe Wesen, häufig schwere Trinkexzesse; meist optimistisch, leicht heiter, gesprächig, ablenkbar, beeinflußbar, erotisch. Auf entsprechende Anlässe starke Depressionen. Im Rausche manisches Bild. Im 44. Jahre bei einer Entfettungskur längere Depression.

Die Anfänge des krankhaften Zustandes sind nicht deutlich festzustellen. Bei ihrem ersten Aufenthalte in einer Irrenanstalt (im 30. Jahre) bietet die Kranke schon den leichten Erregungszustand, den sie von da an dauernd zeigt. Die Krankengeschichte läßt nicht



erkennen, ob er sich gleich nach dem längeren Zustande mit Depression und hysterischen Anfällen entwickelt hat, den die Kranke nach dem 18. Lebensjahre durchmachte. *Jung* scheint es anzunehmen. Er nimmt auch an, daß es sich damals um eine starke Hysterie infolge sexueller Traumen gehandelt habe, die sich als erste psychopathische Erscheinung bei der Kranken gezeigt hätte. Man muß sich jedoch hier daran erinnern, daß bei Zirkulären in den depressiven Phasen, und namentlich in den leichten Depressionen, nicht selten schwere hysterische Begleiterscheinungen bestehen und, wenn sie das Krankheitsbild beherrschen und die spezifisch depressiven Symptome verdecken, das Bild einer hysterischen Psychose vortäuschen können, das dann plötzlich verschwindet, wenn die Depression in Heilung oder in eine Hypomanie übergeht. Vielleicht verhält sich die Sache bei dieser Patientin so. Jedenfalls liegt mir diese Erklärung näher als die *Jung*sche, wenn ich die manische Färbung des nachherigen Zustandes bedenke. Es ist sehr bedauerlich, daß auch gerade in diesem bemerkenswerten Falle die Anamnese versagt und uns nicht zu entscheiden gestattet, wann der definitive Zustand sich herausgebildet hat. Wir können auch nicht beurteilen, wie die Kranke vor dem 18. Jahre war. Und doch wäre gerade das von Wichtigkeit.

### Fall IX.

Anna Stapf, geboren 23. Dezember 1891. Vater ist Dienstmann (Potator?). Keine Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie. Von Kindheit auf bis in die letzte Zeit Enuresis nocturna. Patientin entwickelte sich als kleines Kind körperlich und geistig regelrecht. In der Schule lernte sie von Anfang an sehr gut, war aber faul. Im 10. Lebensjahre etwa ging nach dem Urteile der Eltern und Lehrer eine auffallende Änderung mit ihr vor. Sie wurde leichtsinnig, kam oft nach der Schule nicht nach Hause, trieb sich lange auf der Straße umher, ohne gegessen zu haben. Auch log sie sehr viel, offenbar aber mehr, um sich aus der Not zu helfen; keine zwecklose Konfabulation. Den Eltern und Lehrern folgte sie gar nicht mehr, wurde sehr trotzig und widerspenstig; sie tat „mit Fleiß" das Gegenteil von dem, was verlangt wurde, war sehr vorlaut. Zu einer anhaltenden häuslichen Arbeitsleistung konnte sie die Mutter nicht bewegen; sie hätte zwar das Geschick dazu gehabt, doch fehlte es ihr an Ausdauer und Ordnungsinn. Dafür spielte sie gern mit ihren Puppen. Besonders in den letzten Jahren aber las sie viel, sperrte sich mit ihren Büchern in den Abort ein. Beim geringsten Tadel lief sie davon und kam lange nicht wieder. So blieb ihr Zustand die ganzen folgenden Jahre hindurch. Ostern 1905 kam das Mädchen aus der Schule. Man versuchte,



sie in Stellungen als Hausmädchen unterzubringen, doch vergebens. Überall blieb sie höchstens 8 oder 14 Tage. In den ersten Tagen war ihre Herrschaft einigermaßen zufrieden mit ihr; dann wurde sie nachlässiger, widerspenstig, so daß sie fortgeschickt wurde, wenn sie nicht von selbst weglief. Zuletzt war Patientin, seit dem 29. August 1906, Laufmädchen in einem Geschäft, schlief und aß zu Hause. Schon vom 6. September an aber erschien sie nicht mehr im Geschäft, obgleich sie stets zur rechten Zeit von Hause wegging. Sie trieb sich in der Stadt umher. Die Eltern beantragten Einleitung einer Zwangserziehung; das Gericht wies das Mädchen aber zur Beobachtung in die psychiatrische Klinik zu München ein, in die es am 13. September 1906 aufgenommen wurde. In einem bezirksärztlichen Zeugnis heißt es, Patientin leide an moralischer Idiotie.

Krankengeschichte. Bei der Aufnahme weint Patientin heftig, verbirgt das Gesicht, gibt keine Auskunft, beantwortet alle Fragen nur mit trotzigem Fußstampfen. Alsbald aber beruhigt sie sich und wird zugänglicher. Nach wenigen Stunden bereits ist sie wie zu Hause. Sie zeigt sich höchst unbekümmert und sorglos, scheint sich keinerlei Gedanken über die neue Situation zu machen. Sie ist ein grazil gebautes Mädchen, körperlich entwickelt wie eine Dreizehnjährige, hat ein auffallend puppenhaftes Gesicht. Sonst körperlich nichts Bemerkenswertes. Noch nicht menstruiert. Die Stimmung ist leicht heiter. Patientin bleibt nicht lange im Bett liegen, läuft interessiert in der Abteilung umher, setzt sich bald zu dieser, bald zu jener Kranken ans Bett, knüpft mit ihnen Gespräche an. Da sie laut spricht, viel lacht, alle möglichen Fragen stellt und sich in die Gespräche anderer vorlaut einmischt, so muß sie oft zur Ruhe ermahnt werden. Sie nimmt das mit trotzigen Bewegungen und eigensinnigem Fußstampfen auf und läuft murrend weg, um schon nach kurzem das alte Wesen wieder anzufangen. Allmählich wird sie immer ungenierter, verrät in allerhand obszönen Bemerkungen eine erstaunliche Kenntnis in geschlechtlichen Dingen, sucht mit einer Kranken immer wieder Gespräche über deren uneheliches Kind anzuknüpfen, erregt als störendes Element den allgemeinen Unwillen der andern Patientinnen, auf deren Zurechtweisungen sie patzig und ungezogen antwortet. Dem Arzte gehorcht sie noch am ehesten, sucht ihm zutraulich zu nahen, wirft ihm verliebte Blicke zu. Auffallend ist die Plötzlichkeit, mit der ihre Stimmung auf jeden Reiz hin umschlägt. Während sie eben noch heiter und lustig war, fängt sie auf ein Wort der Zurechtweisung durch den Arzt hin an zu weinen, um sich ebenso schnell wieder zu beruhigen. Alle ihre Ausdrucksbewegungen geschehen sehr rasch, unvermittelt und ruckartig. Bei einer längeren Exploration zeigt sie sehr gute Schulkenntnisse und ein gutes Urteil; auch drückt sie sich sprachlich recht gewandt aus. Von ihren Angehörigen will sie nichts wissen, die seien immer „bös" zu ihr gewesen. Anfang Oktober machte sich eine deutliche Steigerung der Erregung bemerkbar. Die Kranke geriet fortwährend mit andern jungen Mädchen in Streit, alle die

geschilderten Erscheinungen waren noch ausgeprägter als anfangs: sie sollte deshalb mit Bettruhe behandelt werden, blieb aber wenig im Bette liegen. Als sie die andern Kranken im Garten sah, verlangte sie auch herunter, schlug mit den Fäusten an die Tür. Sie schmückte sich mit Haarbändern und Blumen, baute auf dem Nachttisch eine Menge Bilder auf. Schließlich mußte sie auf die unruhige Abteilung verlegt werden. Dort machte sie Gedichte, hatte jeden Tag eine andere Frisur, trieb allerhand Schabernack, war in beständiger Unruhe. Wo etwas vorging, war sie dabei; sie neckte die Ärzte und Schwestern, machte witzige und schlagfertige Bemerkungen. An neue Kranke schloß sie sich rasch an, fragte sie aus, kritisierte ihr Benehmen, bekam aber auch bald Streit mit ihnen. Aus den Gesprächen der Ärzte schnappte sie allerhand gelehrte Wendungen auf und brachte sie bei Gelegenheit in witziger Weise an. Beständig sprach sie, sang, fing plötzlich einmal irgendeine häusliche Arbeit in der Abteilung an, um sie jedoch im nächsten Momente liegen zu lassen; sie kolportierte allerlei Klatschgeschichten von einer Kranken zur andern, dichtete die Ärzte an. Während ihre Stimmung also vorwiegend ausgelassen heiter war, kamen doch zwischendurch Stunden, in denen sie ganz in Tränen aufgelöst war, sich über ihre Zurückhaltung in der Klinik beklagte und untröstlich erschien. Das ging aber stets rasch vorüber. Oft genügten dann auch einige scherzhafte Bemerkungen, um die Kranke umzustimmen. Wenn sie bei ihrer Reizbarkeit mit andern Patientinnen in Konflikt kam, wurde sie bisweilen auch tätlich. Der Gedankenablauf war dauernd geordnet, und ihre Schreibereien ließen in dieser Richtung keine Störung erkennen. Am 22. November 1906 ward Patientin nach der Anstalt Eglfing überführt. Hier hat sie sich allmählich beruhigt. Sie war zuletzt lange Zeit hindurch ganz ruhig, arbeitete fleißig in der Küche mit, war nicht mehr streitsüchtig, vorlaut und reizbar. Am 1. Juli 1907 wurde sie nach Hause entlassen. Sie wurde zunächst in ein Schneidergeschäft in die Lehre getan, wo sie bis 1. Oktober zur Zufriedenheit ihres Arbeitgebers arbeitete. Seitdem ist sie in Stellung als Dienstmädchen, weil, wie die Mutter sagte, ihr das Sitzen nicht bekam, sie dauernd an Stuhlverstopfung litt. Die Mutter erklärt, Patientin sei wie umgewandelt, gebe in keiner Weise zu Klagen Anlaß [1]).

[1]) Anmerkung bei der Korrektur. Über das weitere Schicksal des Mädchens ist folgendes zu sagen. Bis 1908 war sie bei der betreffenden Herrschaft, die sie dann, als sie nach Meran zog, an den Verwalter eines bayrischen Königsschlosses empfahl. Dort ist sie seit einem Jahr in Dienst; der Mann ist mit ihr sehr zufrieden; sie hat den Verkauf der Karten für die Schloßbesichtigung unter sich. Die sehr einsichtige Mutter, die früher bei Aufnahme der Tochter in die Klinik schon die Anamnese angegeben hatte, erklärt, das Mädchen sei jetzt wieder so ordentlich und unauffällig wie vor dem 10. Lebensjahre. Sie sei nicht reizbar, nicht launisch, sei

Der Fall ist zunächst deshalb wertvoll, weil er uns den Beginn jenes psychopathischen Zustandes, den wir konstitutionelle Erregung nennen, ziemlich scharf abgegrenzt zeigt. Die Erscheinungen treten im 10. Lebensjahre hervor: leichtsinniges, trotziges, widerspenstiges und vorlautes Wesen, großer Mangel an Ausdauer, Unstetheit, unruhiger Drang nach Veränderung. In der Klinik zeigt sich von vornherein die im allgemeinen sorglos-heitere, dabei aber sehr labile Stimmung deutlich; daneben besteht eine leichteste motorische Erregung. Diese auffallend stark hervortretenden Anomalien der Stimmung und die nach mehrtägiger Beobachtung unverkennbar sich zeigende leise Erregung ließen erkennen, daß man es nicht mit einem Falle von einfacher psychopathischer Haltlosigkeit oder von sogenannter moral insanity zu tun hatte. Besonders aber bestätigte die zu Anfang Oktober eintretende Steigerung des Zustandes zu einer hypomanischen Erregung die Richtigkeit dieser Auffassung. Zwischen dieser Hypomanie und dem vorherigen Verhalten der Patientin, wie sie es seit dem 10. Jahre an den Tag gelegt hatte, gab es nur einen graduellen Unterschied. Nach mehrmonatiger Dauer klingt die Hypomanie wieder ab. Es ist nun von großer Wichtigkeit, daß dieses ganz leichte, abgesehen von der letzten hypomanischen Phase, gar nicht psychotisch, sondern als dauernder psychopathischer Zustand erscheinende Krankheitsbild nach etwa sechs Jahre langer Dauer wieder vorübergeht. Wenn, wie die Zukunft lehren wird, es sich bei der jetzigen Remission nicht um ein vorübergehendes Schwinden der Erscheinungen handeln sollte, dann hätten wir es mit einer geheilten konstitutionellen Erregung zu tun. Für die Auffassung dieser Psychopathie wäre das eine wertvolle Erfahrung [1]).

---

ganz gleichmäßig und auch nie deprimiert. Ende 1908 sind die Menses zum ersten Male aufgetreten, ohne irgendwelche psychische Störungen auszulösen.

[1]) Die oben mitgeteilte Katamnese lehrt nun tatsächlich, daß seit über zwei Jahren bei dem Mädchen keine nennenswerten krankhaften Erscheinungen zutage getreten sind, daß das Symptomenbild der „konstitutionellen Erregung" verschwunden ist. Ich messe daher diesem Falle eine große klinische Bedeutung bei. Er lehrt, daß so leichte, bis in die Kindheit zurückzuverfolgende Störungen, die wir gemeinhin als Ausdruck einer dauernden Anomalie, als Merkmale einer krankhaften Persönlichkeit, kurz als bleibende Eigentümlichkeit aufzufassen geneigt sind,



Als eine Form der konstitutionellen Erregung möchte ich auch den nächsten Fall auffassen.

Fall X.

Eleonore Rapp, Beamtentochter, geboren 1862. Keine ausgesprochene erbliche Belastung. Die jetzt noch bei der Kranken zu beobachtenden psychischen Erscheinungen sollen nach Angabe der Angehörigen seit dem sechsten Lebensjahre bestehen. Körperlich war sie im allgemeinen gesund, aber von zarter Natur; sie galt als begabt und lernte gut in der Schule. Stets war sie sehr mißvergnügt, unzufrieden, unleidlich, anspruchsvoll, empfindlich und streitsüchtig. Schon in der Schule hatte sie häufige Konflikte mit Lehrerinnen und Mitschülerinnen. Später war sie vergnügungsüchtig, wollte immer Bälle besuchen, machte große, weit über ihre Verhältnisse gehende Ansprüche in bezug auf ihre Lebenshaltung, war mit keiner Anschaffung zufrieden. Sie tat nie eine Arbeit, verbrachte ihre Zeit mit Romanelesen, ließ sich bedienen. Obgleich sie so die ganze Familie tyrannisierte, und man ihr nach Kräften zu Willen war, um sie zu beschwichtigen, fühlte sie sich doch immer beeinträchtigt und zurückgesetzt. Auf sozial Tieferstehende sah sie mit Geringschätzung herab, dünkte sich als etwas Besseres, als „Beamtentochter". Für das andere Geschlecht hatte sie großes Interesse, trug sich beständig mit Heiratsplänen, wollte am liebsten einen Grafen haben, jedenfalls einen, mit dem sie es nobel hätte. In Wahrheit aber faßte sie nie für einen bestimmten Mann tiefere Neigung, sondern hatte an allen etwas auszusetzen, die sich ihr nähern wollten. Schlugen ihr die Eltern eine Partie vor, so beschuldigte sie sie der Kuppelei und unlauterer Absichten. Dabei war sie gegen alle andern, von denen sie glaubte, sie hätten es besser, von einer kolossalen Mißgunst, aus der sie gar kein Hehl machte. — Wenn der geschilderte Zustand auch ein dauernder war, so berichten die Angehörigen doch, daß er von Anfang an deutlichen, nicht in erkennbarer Weise von außen bedingten Schwankungen unterworfen war. Mit unregelmäßigen Zwischenräumen von Tagen bis Wochen traten Verschlimmerungen der dauernden Reizbarkeit und Neigung zum Nörgeln und Räsonnieren bis zu förmlichen Erregungszuständen auf, in denen man kaum mit ihr auskam, in denen sie von früh bis abends keifte und in den unflätigsten Ausdrücken ihren Ge-

daß auch die heilen, Erscheinungen einer vorübergehenden Psychose sein können. Ich werde später nochmals auf die Tatsache zurückkommen, die entschieden von praktischer Bedeutung ist; hervorheben will ich hier nur noch, daß die manische Natur solcher Fälle, die einem meist als „moral insanity", moralischer Schwachsinn zugeschickt werden, oft sehr schwer und meist nur nach mindestens mehrtägiger Anstaltsbeobachtung zu erkennen ist. Auch bei unserer Patientin hier hatte ich die Diagnose erst stellen können, nachdem ich sie mehrere Tage auf der Abteilung beobachtet hatte.



fühlen und Beeinträchtigungsideen Luft machte. 1894 wandte sich der geplagte Vater mit einer Bitte um Abhilfe an die Polizei; ein Zusammenleben sei mit ihr nicht mehr möglich infolge ihrer Streitsucht; sie beschimpfe ihre alten Eltern, wünsche „den beiden alten Teufeln", daß sie „abfahren" mögen, trachte nur nach Lebensgenuß und Vergnügen, drohe, die Eltern materiell zu ruinieren. „Mindestens einmal im Monate kommt ein Wutausbruch, bei welchem sie tage- und nächtelang ohne Unterbrechung streitet, schimpft und skandaliert. Sie greift ihre Eltern tätlich an und schlägt und stößt ihre Mutter in beispielloser Weise." Mit zunehmendem Alter trat sie ihren Angehörigen gegenüber immer mehr mit der Beschuldigung in den Vordergrund, sie hätten sie um ihr Lebensglück gebracht, da sie an ihrer Nichtverehelichung schuld seien. Sie äußerte diesen Vorwurf oft laut und vor Bekannten und Hausbewohnern, mit denen sie auch beständig im Kriege lebte. Von ihnen glaubte sie, daß sie sie neckten und verlachten, weil sie keinen Mann habe. Ihrem verheirateten Bruder und verheirateten Freundinnen schrieb sie Briefe, in denen sie deren Eheglück verwünschte, ihnen ihre Falschheit und Genußsucht vorwarf, die scheußlichsten Flüche über sie und ihre Kinder ausstieß, eine maßlose Rachsucht an den Tag legte. Sich selbst stellte sie darin als Heilige und Märtyrerin dar, die auf die Fleischeslust verzichtet und dafür im Jenseits Erhörung zu gewärtigen habe. „Ich war schön und brav und gebildet, mit einem weit edleren Herzen und Gemüt, einem reicheren Geist als so dumm und ordinär aussehende Weiber ..... Glaubt ihr vielleicht, ihr Hunde, ihr Verfluchte, ich bin froh um den nächstbesten Pöbel, den ich von der Gasse oder Wirtshaus finde? Oh dies schlechte Weib, diese Mutter! Der Satan mag sie braten und sieden ... Wenn nur recht bald Deinem Weibsbild jemand stürbe ... Drum sei mein Herz dem Haß geweiht, dafür daß es nicht der Liebe, zu der Natur mich weit mehr geschaffen wie Euch ... Hoch stehe ich über den dicken Freudenmenschen, eine Dulderin — Märtyrerin, die auf ihren Lohn im Jenseits wartet ... Das Unglück, den Tod werde ich Euch künden, Kassandra, die verhöhnt und gemieden Ihr habt." Nach dem Tode des Vaters (1901) zog Patientin für sich allein, hatte aber beständig Streitigkeiten mit den Hausinsassen und den Vermietern; sie tobte oft förmlich in ihrer Wohnung und demolierte einmal die Möbel. Man kündigte ihr immer bald wieder; sie wurde wegen Beleidigung verklagt und einmal samt ihren Möbeln an die Luft gesetzt. 1904 ward sie wegen Geistesschwäche entmündigt (Diagnose: Degenerativ-hysterisches Irresein), in das Krankenhaus eingewiesen und von da in die Kreis- und Irrenanstalt zu München verbracht. Nach deren Aufhebung siedelte sie in die neue Anstalt zu Eglfing über, in der sie sich noch befindet.

Seit ihrer Aufnahme hat sich ihr Zustand hier gar nicht geändert: mit seltenen und nur vorübergehenden Unterbrechungen ist die Kranke in zornig-räsonnierender Stimmung. Sie keift und zetert buchstäblich tagelang über die schlechte Behandlung, die sie in der Anstalt genieße,



über die Kost, hat beständig Wünsche nach besonderen Vergünstigungen, will Besuch haben, ein neues Kleid usw., sie erklärt die Anstalt für den neunten Kreis der Hölle, in der man sie zugrunde richte. Nichts ist ihr recht, an allem hat sie etwas auszusetzen. Ihre Angehörigen können ihr nicht den kleinsten Wunsch recht erfüllen. Wenn das Kleid, das sie ihr bringen, auch noch so sehr den detaillierten Vorschriften entspricht, die sie gemacht hat, sie findet doch so viel daran auszusetzen, daß „der Fetzen" wertlos ist. Wenn die Angehörigen sie längere Zeit nicht besucht haben, so begehrt sie ihren Besuch dringlichst; kommen sie dann, so überhäuft sie sie mit Vorwürfen wegen ihrer Lieblosigkeit usw. Mit dem Andenken ihres verstorbenen Vaters, dem sie bei seinen Lebzeiten das Leben so schwer gemacht hat, treibt die Kranke jetzt einen wahren Kultus. Er war der beste Mensch, der sie allein verstanden hat, und der sich im Grabe umwenden würde, wenn er wüßte, wie schlecht es ihr geht. Besonders richtet sich ihr Zorn gegen die Ärzte. Es kehrt in ihren Schimpfereien immer die Beschuldigung wieder, man wolle sie hier an den Oberarzt der Anstalt verkuppeln ihres Vermögens halber; die Ärzte seien ihre Todfeinde usw. Auch schon zu Lebzeiten ihres Vaters seien Ärzte schuld an ihrem Unglück gewesen, indem sie die Eltern gegen sie aufgehetzt und ihnen das Geld aus der Tasche gezogen hätten. Dabei gebraucht sie die gemeinsten Ausdrücke. Ein lebhaft gesteigertes Selbstgefühl beherrscht sie. Sie ist es viel besser gewöhnt, als sie es hier hat, ist von besserem Stande als alle andern hier. Nie beschäftigt sie sich, da sie das nicht nötig habe. „Das gemeine Gesindel, wie es da herinnen ist, mit solchem Pöbel verkehr' ich nicht. Verflucht sollen sie sein, diese Hunde, der H—kerl (Oberarzt). Drei Jahre haben's mich geschunden, ich hab' keine Freude mehr, alles Geld haben's mir gestohlen. Ich mag diese Doktorkerle nicht, mein Vater war ein anderer Mensch, ich mag diesen Hurenstritzi seinen Deppen nicht machen. Er soll mich umbringen. Er muß auch verrecken. Dr. X. (ehemaliger Hausarzt der Kranken) hat mich an den H—kerl verraten wie der Judas mit einem Kusse Jesus verraten hat. Ich heirate aber einen Eisenbahnbeamten wie mein Vater war, und nicht so ein Doktorluder. O Gott, Ihr Räuber meines Lebens, meines Habs und Guts, seid verflucht! So lange ich fluchen kann, fluche ich .. Kindern, sie sollen sich auf dem Boden wälzen und dann verrecken." So geht es oft tagelang fort. Dabei ist die Stimmung der Kranken immer zornig, mißvergnügt, nie heiter und witzelnd. Der Gedankenablauf ist stets geordnet. Sie hält sich stets für sich, verkehrt nicht mit andern, mischt sich auch nicht in Angelegenheiten und Vorgänge ein, die nicht direkt zu ihrer Person in Beziehung stehen. Kein Beschäftigungsdrang. Sie liest nur ab und zu die Zeitung, flickt ihre Kleider usw. Nie Sinnestäuschungen. Ihre Zornesausbrüche steigern sich oft zu schweren Wutzuständen, in denen sie Gegenstände zerschlägt. Doch gerät sie selten mit andern Kranken in Konflikt, da sie jede Kollision möglichst vermeidet.





Wie schon die Angehörigen beobachtet haben, läßt die Erregung von Zeit zu Zeit in unregelmäßigen Zwischenräumen für einige Tage nach. In den schwereren Zeiten ist auch die Nachtruhe gestört; die Patientin schimpft dann auch den größten Teil der Nacht hindurch. In den übrigen Zeiten ist die Kranke zugänglicher, höflicher, schimpft nicht; doch bleibt sie auch dann mißmutig und mürrisch, ihr Gesichtsausdruck ist verbissen und unzufrieden. Prüft man sie in solchen Zeiten auf Krankheitseinsicht, so gibt sie meist ausweichende Antwort und gesteht höchstens zu, etwas erregt zu sein. Auch wenn man ihr die größten Beeinträchtigungsideen vorhält, nimmt sie nicht bestimmt Stellung zu ihnen nach der einen oder andern Richtung, sondern sucht sich durch unbestimmte Äußerungen aus der Affäre zu ziehen. Im Herbst 1906, als sie gelegentlich einer körperlichen Erkrankung sehr leidend war, bat sie den Arzt direkt um Verzeihung wegen der ihm angetanen Beleidigungen und setzte kleinlaut hinzu, sie sei eben ein moroses, verbittertes Geschöpf und wisse nicht, was sie rede, wenn sie erregt sei.

Die neurologische Untersuchung ergab nie eine Abweichung; ebenso wurden nie Krampfanfälle oder Bewußtseinstrübungen an der Kranken beobachtet. Auch auf der Höhe des Zornaffektes ist sie stets vollständig klar [1]).

Dieses eigenartige Krankheitsbild unterscheidet sich vielfach von den andern in diesem Kapitel betrachteten Fällen. Im Vordergrunde steht ein, man möchte sagen beständiger Zornaffekt, der aber periodisch an- und abschwillt. Die Kranke ist seit ihrer Kindheit in dieser räsonnierenden, nörgelnden, unzufriedenen Stimmung, die sich mit gehobenem Selbstgefühl, anspruchsvollem Wesen und großer gemütlicher Reizbarkeit verbindet. Im Zusammenhang damit ergeht sie sich in beständigen Anschuldigungen der Personen ihrer Umgebung, äußert eine Reihe von Selbstüberschätzungs- und Beeinträchtigungsideen, die zwar ziemlich konstant bleiben, aber im Gegensatze zu den bei paranoischen und paranoiden Psychosen beobachteten Wahnideen einen mehr allgemeinen Charakter behalten und nicht so detaillierte Ausbildung erfahren, auch nicht weiter verarbeitet werden.

Die Patientin erinnert, besonders auf den Höhepunkten ihrer Erregung, sehr an das Verhalten von Kranken in zornigen manischen Erregungen leichteren Grades, bei denen die Besonnenheit erhalten ist. Freilich unterscheidet sie sich von ihnen wieder durch das Fehlen einer

[1]) Anmerkung bei der Korrektur. Die Kranke ist 1908 an einem Ovarialtumor gestorben, ohne daß bis dahin psychisch eine Änderung eingetreten wäre.



selbständigen motorischen Erregung; sie zeigt auch nicht angedeutet die Unruhe und den krankhaften Beschäftigungsdrang der Manischen; gelegentliche Gewalthandlungen, wie das Zerschlagen von Gegenständen, erscheinen als motorische Entladungen des Zornaffektes. Es fehlt bei der Kranken auch jede Störung des Gedankenablaufes im Sinne einer Ideenflucht. Der allerdings, wenigstens auf den Höhepunkten der Erregung, vorhandene Rededrang äußert sich nur als Schimpfen und Zetern. Wenn ich mir aber in Erinnerung rufe, daß die zuvor betrachteten Fälle von konstitutioneller Erregung durch einen Vergleich mit gewissen Formen von hypomanischer Erregung ins rechte Licht gerückt wurden, so finde ich eine ähnliche Bezeichnung zwischen dem Bilde dieser Kranken und einer zornigen Manie. Es handelt sich um eine konstitutionelle zornmütige Erregung, die bei der Patientin seit früher Kindheit dauernd besteht. Das periodische An- und Abschwellen der Erregung erscheint physiologisch verständlich: der schwere Zornaffekt kann nicht andauernd in gleicher Intensität bestehen; aber auch in den ruhigen Zeiten bleibt eine mißmutige, unzufriedene Stimmung.

Die Kranke ist nicht nur von dem ihre Entmündigung begutachtenden Psychiater für hysterisch gehalten worden. Man hat sie verschiedentlich für den Typus des sogenannten hysterischen Charakters erklärt. Eine gewisse oberflächliche Ähnlichkeit ihres Zustandes mit diesem ja keineswegs scharf umschriebenen Bilde ist nicht zu leugnen. Indessen stellen sich bei näherer Betrachtung ausschlaggebende Unterschiede heraus. Vor allem ist es die außerordentliche Unbeeinflußbarkeit des Zustandes, seine Unabhängigkeit vom Milieu, mit andern Worten, der streng endogene Charakter der Symptome, die den Fall von der Hysterie trennen. Die Erregung wird allein von innen her unterhalten, ihr An- und Abschwellen wird nicht durch eine Wechselwirkung zwischen der Kranken und ihrer Umgebung bedingt. Es fehlt der Kranken an der den Hysterischen eigenen Schmiegsamkeit, vermöge deren diese ihr Verhalten instinktiv oder planmäßig in bestimmter Weise einstellen, verschiedenen Personen gegenüber ein ganz verschiedenes Wesen an den Tag legen usw. Dazu kommt, daß die Kranke nie nervöse Störungen geboten hat, wie wir sie bei schwer Hysterischen nie vermissen.

Dagegen erinnert uns die Patientin an die Folie raisonnante der





französischen Autoren. Die Franzosen verstehen ja darunter vor allem gewisse leichte Formen von manischer Erregung; aber auch unser Fall fügt sich diesem Begriffe ein.

### Fall XI.

Hans Maler, geboren 28. März 1852. Der Vater des Kranken ist ein bekannter Dichter. Eine seiner Schwestern leidet an Hysterie, ein Vetter ist geisteskrank gestorben. Bis zum 10. Lebensjahre entwickelte sich M. normal. Dann erkrankte er nach Scharlach an doppelseitiger Hüftgelenksentzündung, die mit knöcherner Gelenkverwachsung in rechtwinkelig flektierter und abduzierter Stellung beiderseits ausheilte. Patient ist dadurch zeitlebens mißgestaltet, in seiner Bewegungsfreiheit außerordentlich beschränkt und kann sich nur mühsam an Krücken fortbewegen. Sein Geisteszustand soll durch die Erkrankung nicht gelitten haben. Er war ein gewecktes, lebhaftes Kind, das sich für alles interessierte und in einem Privatinstitute gut lernte. Nachdem Patient hier die Untersekunda absolviert hatte, trat er in ein großes Bankinstitut seiner Vaterstadt ein, in dem er bis 1889 verblieb. Er war ein brauchbarer und fleißiger Arbeiter und trieb nebenbei Studien auf schöngeistigem Gebiete. Seine Angehörigen und Bekannten schildern ihn als begabten, liebenswürdigen Mann von scharfem Urteil, streng rechtlichem Charakter, von großer Herzensgüte und liebenswürdigem Wesen. Doch soll er dabei von jeher exzentrisch, exaltiert und hyperidealistisch, als Kaufmann zu unpraktisch und optimistisch gewesen sein; besonders hatte er stets die Eigentümlichkeit, daß er viel, mit Weitschweifigkeit und in belehrendem Tone redete. Auch der Hausarzt des Patienten, der später bei seiner Entmündigung ein ausführliches Gutachten über ihn abgegeben hat, bestätigt darin diese Angaben.

Zu Anfang der achtziger Jahre machten Freunde der Familie die Angehörigen M.s darauf aufmerksam, daß M. viel und lange aus dem Geschäfte wegbleibe und viel verreise. Deutlich wurde eine ganz allmählich sich vollziehende Änderung seines Wesens etwa im Jahre 1886 bemerkt. Er machte große und teure Reisen, wurde unverträglich, reizbar, empfindlich, fügte sich nicht mehr in die Hausordnung, ließ es an Rücksicht für die Seinigen fehlen. Auch im Geschäfte zeigte er sich aufgeregt, wollte alles besser wissen, räsonnierte über die kleinliche Geschäftsführung, kaufte zwecklos Nippes. Infolge seiner „Nervosität" wurde M. damals wiederholt in Kaltwasserheilanstalten behandelt. 1889 gab er seine Stellung auf, angeblich, weil ein anderer ihm beim Avancement vorgezogen worden war. Um dieselbe Zeit soll er bei einem Besuche in Berlin seinem Schwager gegenüber geäußert haben, der Vater jenes ihm vorgezogenen Beamten, den beide auf der Straße gesehen hatten, halte sich in Berlin auf, um ihn insgeheim zu beobachten. Patient gründete nun trotz seines geringen Kapitals ein Administrativgeschäft, richtete ein großes, teures Bureau ein



und begann allerlei geschäftliche Unternehmungen, deren Umfang in gar keinem Verhältnisse zu seinen Kenntnissen und vor allem zu seinen geringen Mitteln stand. Er kaufte ein großes Haus, trug sich mit dem Plane, die Trambahn in Mühlhausen zu erwerben, und wollte eine Eisenbahn in Oberitalien ankaufen. In diesen Angelegenheiten unternahm er lange und kostspielige Reisen, zum Teil in Begleitung eines Ingenieurs. Dabei schwebten ihm allerhand unklare Ideen von Weltverbesserung und gemeinnütziger Betätigung vor. Er wollte eine holländische Insel kaufen, weil dadurch das Deutsche Reich vergrößert würde. Die heimatliche Waisenhausverwaltung bat er, ihm eine Hypothek auf sein Haus zu 4 % zu geben. Auf die Entgegnung, daß er eine solche zu 3 ½ % haben könne, erklärte er, seine Mittel erlaubten ihm, höhere Zinsen zu zahlen und so die wohltätige Anstalt zu unterstützen. Obgleich ihm alle landwirtschaftlichen Kenntnisse fehlten und er nur bei gelegentlichem Landaufenthalte solche Betriebe oberflächlich kennen gelernt hatte, erklärte er doch, den Beruf zur Hebung der Landwirtschaft in sich zu fühlen. Er unternahm auch in dieser Angelegenheit weite und teure Reisen, besichtigte landwirtschaftliche Betriebe und Ausstellungen; seinem Bureaudiener erzählte er einmal, er sei zum Preisrichter für die landwirtschaftliche Ausstellung in H. berufen. Entgegen dem Rate seiner Freunde übernahm er die Verwaltung eines ganz verschuldeten und verwirtschafteten Gutes, dessen Besitzer ein Trinker war, steckte 23 000 M. hinein, widersetzte sich, wenn das Gut vorteilhaft verkauft werden sollte, um dem Eigentümer zu ermöglichen, bis an sein Ende auf seinem Gute zu bleiben.

Die ihm anvertrauten Gelder verwaltete er in sehr eigenmächtiger Weise, verwandte sie zum Teil zu seinen Spekulationen, verweigerte ihre Herausgabe, wenn die Besitzer sie kündigten. Mehrmals wurde ihm deshalb mit dem Staatsanwalt gedroht. Dabei war er der festen Meinung, im Rechte zu sein, die Interessen der Eigentümer zu wahren, die nur zu kurzsichtig seien, um dies einzusehen. Überhaupt war er unbelehrbar, verfocht seinen Standpunkt in aussichtlosen Prozessen; wenn er für dieselben in Deutschland keinen Anwalt fand, so führte er sie in Paris. Besonders nahm er sich allerhand zweideutiger Existenzen an, führte zu ihrer Unterstützung kostspielige und von vornherein verlorene Prozesse, beschenkte Unwürdige, — alles in dem guten Glauben, unschuldig Verfolgten oder Benachteiligten zu ihrem Rechte zu verhelfen. Dabei wurde er im persönlichen und geschäftlichen Verkehre immer schwieriger. Er wies jeden Rat und jeden noch so gütlich gemachten Versuch, ihn zu beeinflussen, als unberechtigte Bevormundung zurück. Mit großem Eigensinne und Hartnäckigkeit ließ er sich belangloser Kleinigkeiten wegen in langwierige Streitigkeiten ein; überall witterte er Dummheit und bösen Willen. Die Richter behandelte er sehr von oben herab. Einmal z. B. weigerte er sich, als Zeuge zu erscheinen, da er schon schriftlich seine Aussage gemacht habe. Als er deswegen bestraft ward, beschwerte er sich in großer Ent-

rüstung über das ihm zugefügte Unrecht, erteilte den Richtern Belehrungen über guten Ton und ihre Pflichten. In einer der Eingaben führte er aus, diese ganze Sache sei „vom individuellen wie politisch-staatlichen Standpunkte aus zu bedauern"; „eine Äußerung einer Behörde oder Autorität sollte oder müßte einen autoritativen Charakter tragen, nicht aber dem berechtigten Tadel oder der Kritik preisgegeben sein". Außerdem teilte er dem Gerichte noch mit, daß er ihm noch Gelegenheit zu persönlicher Entschuldigung geben werde, und daß es sich unsterblich blamiert habe; auch werde er sich bei Landtag, Richtertag und Justizminister beschweren. Immer mehr trat sein gehobenes Selbstgefühl zutage. An seinen Schwager schrieb er: „Ich lebe nach meinen eigenen Gesetzen" und „ich mache es, wie ich will; die Gesetze sind falsch, die Kultur ist falsch". Seine mündlichen und schriftlichen Äußerungen fielen durch große Umständlichkeit und Weitschweifigkeit auf.

So trieb es M., bis er 1897 wegen Geisteskrankheit entmündigt wurde. Der begutachtende Psychiater stellte die Diagnose auf chronische Verrücktheit, hob aber in seinem Gutachten hervor, daß Verfolgungsideen nur einmal episodisch (gelegentlich des Aufenthaltes in Berlin, s. o.) aufgetreten seien, daß ganz im Vordergrunde des Krankheitsbildes Größenwahn stehe, „ein Größenwahn, der ihn zu Aufgaben treibt, die er nicht lösen kann, der überall am besten Bescheid weiß".

Seitdem ist M. in Irrenanstalten untergebracht gewesen, zunächst in B., seit 1901 in der Privatanstalt zu N. Nach den vorliegenden Berichten und Krankengeschichten hat er seither ein im wesentlichen gleichmäßiges Verhalten dargeboten.

Bei seinem Verlassen der Anstalt zu B. (1901) wurde folgender ärztliche Bericht über M. abgegeben: „Der Zustand des Patienten läßt sich als einen vorzeitig eingetretenen, aber nur partiellen Schwachsinn bezeichnen, in dessen Anfangsstadium Wahnbildungen und Erregungszustände aufgetreten waren. Es bestehen bei ihm keine ausgesprochenen Wahnideen schwachsinnigen Charakters fort, und er ist noch sehr gut imstande, neue Erinnerungsbilder und Erfahrungen zu sammeln und zu verwerten; sein Gedächtnis ist sogar anscheinend ein sehr gutes, so daß er durch Aufzählung bis ins kleinste gehender Details den Laien geradezu in Erstaunen versetzen kann. Allein bei schärferer Kritik zeigt sich seine ganze Erzählung als ein Gemisch von Erinnerungstäuschung, Lüge und Phantasie mit teilweise wahrem Hintergrund. Sein gehobenes Selbstgefühl spricht sich in seiner Überzeugung von Schaffenskraft, seinen geistigen Vorzügen, seiner umfassenden Bildung, von der großen Bedeutung seiner Familie aus. Wird von einer bedeutenden Persönlichkeit gesprochen, so kennt er dieselbe persönlich sehr gut, war lange bei ihr zu Gaste usw., — eben dieses Gemisch von Erinnerungstäuschung und Lüge. Infolge dieses gehobenen Selbstbewußtseins ist er mit seiner Unterbringung hier sehr unzufrieden, schimpft über Gott und die Welt, bemüht sich, den andern

die Gemütlichkeit zu stören, ist rücksichtlos bis zum äußersten, obwohl er für sich von jedermann alle erdenklichen Rücksichten beansprucht. Er ist leicht reizbar, aber auch leicht versöhnlich. Der Schwachsinn schreitet immer weiter fort. Die Kritik seiner Gedanken, dessen, was er hört, nimmt ab. Zum Beispiel glaubt er, daß nachts die Ärzte in ein Zimmer eines andern Kranken eingedrungen seien und ihm den Schädel an drei Stellen trepaniert, ihm ein Klystier von Schwefelsäure gegeben hätten. Auch sein geselliges Benehmen wird immer mehr dasjenige eines ganz Schwachsinnigen; er scheut sich nicht, in die Zimmer der andern Kranken einzudringen und deren Briefe zu lesen, schüttet beim Frühstück die Bouillon, die ihm zuviel ist, einfach in die Terrine zurück usw.“

Auch in der Anstalt zu N., in der M. seit 1901 untergebracht ist, hat sich sein Zustand nicht geändert. Andauernd trug er ein gehobenes Selbstgefühl zur Schau, war sehr gesprächig, suchte bei Tisch immer die Unterhaltung zu beherrschen, fiel allen durch die Neugier lästig, mit der er sie nach ihren Verhältnissen ausfragte: er war nie an pünktliches Einhalten der Hausordnung zu gewöhnen, hob immer seine Lebenserfahrung hervor, arbeitete oft bis in die Nacht hinein, machte Ausflüge in die Umgebung, besuchte Theater und Konzerte in den Nachbarstädten, lernte Russisch, war bei allen öffentlichen Schaustellungen dabei. Sein höchst auffallendes Äußere — bei seiner körperlichen Mißgestaltung trug er seit Jahren die Haare lang in den Hals fallend — veranlaßte ihn zu keinerlei Zurückhaltung; trotzdem er sich mühsam an Krücken fortbewegen mußte, war er überall, wo es etwas zu sehen gab, im größten Gedränge, nach Theaterschluß stand er am Hauptportal und ließ das Publikum Revue passieren, ohne sich im geringsten durch mißliebige Äußerungen der Passanten beirren zu lassen. Das Bürgermeisteramt zu N. beschwerte sich einmal über „das vordrängende und naseweise Benehmen“ M.s, der durch seine Gewohnheit, alle Leute auszufragen, Anstoß errege und in der öffentlichen Badeanstalt oft mit entblößten Geschlechtsteilen umhergehe. Als der Anstaltsleiter einmal zu einer Geburt in der Nacht gerufen wurde, zog Patient seinen Mantel an, um mitzugehen, da er noch nie eine Entbindung gesehen habe. Wenn ihm bei solchen Anlässen und besonders bei seinen beständigen Verstößen gegen die Hausordnung entgegengetreten werden mußte, so sah er darin Schikanen, unverständige Belästigungen und ließ sich auch einigemal dazu hinreißen, auf Bedienstete mit seinen Krücken loszuschlagen. Auf der andern Seite überraschte er manchmal wieder durch die Gleichgültigkeit, mit der er es ertrug, wenn sich andere Patienten über ihn lustig machten oder sich seine Neugier scharf verbaten. Seine Mitpatienten suchte er zu bevormunden, bekrittelte die ärztlichen Maßnahmen, machte Vorschläge über ihre Behandlung, schrieb in diesem Sinne an ihre Angehörigen. Dabei brachte er ihnen oft eine bewundernswerte Geduld entgegen, trug stillschweigend die Ausbrüche ihrer krank-



haften Erregung, beschäftigte sich mit schwachsinnigen Kranken und suchte ihren zerfahrenen Äußerungen einen tieferen Sinn abzugewinnen. Nie beschwerte er sich über Unannehmlichkeiten, die ihm Mitkranke verursachten, sondern betrachtete alles das als Äußerungen einer fremden Individualität, die zu ertragen man sich gewöhnen müsse. Dem behandelnden Arzte gegenüber lebte er in beständiger Opposition, da dieser ihn nicht verstehe, ihm durch seinen Unverstand das Leben erschwere; es spreche aller Kultur Hohn, daß der Arzt bei seiner Jugend ihm als erfahrenen Manne Vorschriften mache. Dabei redete er sich oft in große Erregung hinein, die jedoch immer sehr rasch abklang, so daß Patient oft unmittelbar nach den schärfsten Auseinandersetzungen zu einer Partie Schach einlud. An der Aufhebung seiner Entmündigung arbeitete er fortgesetzt. Er erwirkte sich wiederholt die Erlaubnis, seine Entmündigungsakten zu lesen, machte sich Auszüge daraus, bemängelte die ärztlichen Gutachten, beantragte fortgesetzt die Aufhebung der Entmündigung und machte Versuche, Gesundheitszeugnisse von bekannten Ärzten zu erlangen. Seine fortgesetzten Bemühungen führten schließlich zu seiner Einweisung in die Irrenklinik zu Heidelberg auf 14 Tage, in die er am 11. Juli 1904 aufgenommen wurde.

Auf Grund der 14tägigen Beobachtung des Kranken in der Klinik ist die im vorstehenden gegebene Schilderung seines Verhaltens noch folgendermaßen zu ergänzen. Der Kranke war geordnet und besonnen. Die Stimmungslage war nicht eigentlich heiter oder euphorisch; doch verrieten eine gewisse Würde in Auftreten und Sprechweise, der belehrende Ton beim Reden, die Geringschätzung, mit der der Kranke die Einwände und Bemerkungen der Ärzte aufnahm, deutlich sein gehobenes Selbstgefühl. Von den Ärzten sprach er als von „dem L., dem N.“ usw., dem Direktor der Klinik klopfte er im Gespräche wohlwollend mit dem Stock aufs Bein. Er war sehr gesprächig, führte beständig lange Unterredungen. Er sprach ziemlich langsam, mit maßvoller Gestikulation. Inhaltlich fiel die große Weitschweifigkeit seiner Rede auf. Trotz der durch sein körperliches Leiden bedingten Schwierigkeiten, die ihm das Gehen und Treppensteigen machte, lief er doch viel in der Klinik umher, wollte alles kennen lernen. Für seine psychische Störung fehlte ihm jede Einsicht. Er hielt nach wie vor daran fest, daß er zu Unrecht entmündigt sei, führte alle seine sozialen Mißerfolge auf äußere Umstände zurück und auf dritte Personen, die seinen Plänen aus Unverständnis entgegengetreten seien. Dabei hatte er weder gegen diese Leute noch gegen die Ärzte, noch endlich gegen seine Angehörigen, die den Entmündigungsantrag gestellt hatten, eine tiefere Feindschaft oder gar Verfolgungsideen. Vielmehr sah er in der Haltung aller dieser Leute nur Unverstand und kleinliche Gesinnung, von der er mit einer Art von Überlegenheit und geringschätziger Herablassung sprach. Wenn er von ihnen und von seinem Leben überhaupt sprach, so klang immer durch seine Rede die Anschauung hindurch, daß er ein be-

sonders eigenartiger, weit über dem Durchschnitt stehender Mensch sei. Tatsächlich konnte man auch bei eingehenderer Exploration feststellen, daß der Kranke von einer unklaren individualistischen Weltanschauung erfüllt war. Er betrachtete sich als „eine Herrennatur". „Der Herr", so sagte er, „entscheidet im gegebenen Moment aus eigener Entschließung nach bestem Wissen und Gewissen, auch im Interesse anderer und nimmt die Verantwortung auf sich." Er sei als Herr erzogen worden. Seine Eltern haben von jeher seinen „empirisch-sittlichen Willen" respektiert; schon mit 12 Jahren habe man ihn allein in Wiesbaden zur Kur gelassen. Er habe sich immer bemüht, die Kultur zu fördern. So habe er seinen kaufmännischen Beruf immer im Sinne der Forderung aufgefaßt, daß der Kaufmann ein Pionier der Kultur sein solle. „Unendliche Opfer an Zeit, Geld, Geduld, an persönlichen Kräften und Stimmung habe ich für die Kultur und für kulturelle Institutionen gebracht"; er habe in seiner Heimatstadt die freiwillige Rettungsgesellschaft unterstützt und einer ganzen Reihe von gemeinnützigen Vereinen angehört. In den verschiedenen Unterredungen über seinen Zustand hob er hervor, daß er „in jeder Beziehung auf dem Kulturzustande" stehe. Wie er in seinen Schriftstücken hochtrabende Worte liebte, so pflegte er auch die alltäglichsten Dinge unter dem Gesichtspunkte der Kultur, der „individuellen und gesellschaftlichen Rücksichten" zu betrachten. Als ihm beim Eintritte in die Klinik sein Taschenmesser und sein Feuerzeug abgenommen wurde mit der ausdrücklichen Versicherung, es geschehe nur in Rücksicht auf andere Kranke, da sah er hierin einen Akt kleinlicher Ängstlichkeit und Beschränkung seiner „individuellen Freiheit", in dem sich die Verkehrtheit unserer Kultur offenbare. Für den Fall, daß seine Entmündigung aufgehoben würde, was er bestimmt erwartete, wollte er sich zunächst „von der Anstalts.........." erholen, eine Reise nach St. Louis machen und „sich vollständig auf sich besinnen". Dann wollte er „unter Wahrung seiner individuellen Freiheit", etwa auf einem Gute in Ostpreußen, eine landwirtschaftliche Versuchsanstalt errichten, vorausgesetzt, daß seine Tatkraft „durch die siebenjährige Depression seines Willens" (nämlich infolge der Bevormundung) nicht gelähmt sei.

Auf das vom Verfasser abgegebene Gutachten hin, in dem die Diagnose auf eine eigenartige Form von degenerativem Irresein gestellt wurde, ward die Entmündigung aufrecht erhalten.

Patient ist seitdem in der Anstalt zu N. weiterbehandelt worden, und es ist in seinem Zustande keine wesentliche Änderung eingetreten. Nach wie vor petitioniert er um Aufhebung der Entmündigung, und es ist der Optimismus bemerkenswert, mit dem er trotz aller üblen Erfahrungen daran glaubt, seinen Willen noch zu erreichen. Immer wieder plänkelt er gegen jeden einzelnen Akt, in dem sich seine Bevormundung dokumentiert, und steht beständig auf Kriegsfuß mit der Hausordnung. Seit einer leichten Apoplexie im Jahre 1905 hat seine affektive Erregbarkeit erheblich

zugenommen. Auch eigensinniger ist der Kranke in letzter Zeit geworden. Seit Monaten hat er sich z. B. von der Gesellschaft der in der Anstalt maßgebenden Persönlichkeiten ganz zurückgezogen, weil ihm in einer Verwaltungsangelegenheit sein Wunsch nicht erfüllt wurde. So sehr er die Geselligkeit liebt, hält er doch an dieser freiwilligen Isolierung fest, kommt nicht zum gemeinschaftlichen Essen usw. [1])

Bei dem erblich belasteten und als von jeher exaltiert, optimistisch, gesprächig und weitschweifig geschilderten Manne bildet sich nach dem 30. Lebensjahre der definitive krankhafte Zustand aus. Er wird rücksichtlos, reizbar, unverträglich, rechthaberisch und entwickelt bald eine auffallende Vielgeschäftigkeit, einen krankhaften Unternehmungsdrang, unklare Weltverbesserungs- und Weltbeglükkungsideen; er fühlt sich berufen, sich der Angelegenheiten anderer anzunehmen; er zeigt ein gesteigertes Selbstgefühl, weiß alles besser als andere, belehrt jedermann und glaubt, als besonders erleuchteter und verständiger Mensch eine besondere Aufgabe zu haben: die Kultur und das allgemeine Wohl zu fördern. Dabei hat er einen gewissen Rededrang, ist in seiner Rede sehr weitschweifig, zeigt Erinnerungsfälschungen. Die Stimmung ist gehoben, wenig labil. Unangenehme Erlebnisse, wie sie als Kollisionen dieser schwierigen Persönlichkeit mit der Umgebung häufig vorkommen, erzeugen nur ganz vorübergehend eine zornige oder ärgerliche Stimmung; außerordentlich rasch stellt sich die gehobene Affektlage wieder her. Von einer nachhaltigen Entmutigung durch die sich andauernd entgegenstellenden Widerstände ist keine Rede; mit einem unbesieglichen Optimismus hält der Kranke bis zuletzt stand und ermüdet nicht in dem Kampfe gegen seine Widersacher. Er führt diesen Kampf ohne große Entrüstung, vielmehr mit einer gewissen nachsichtigen Herablassung, da er bei seinen Gegnern nicht Übelwollen und Feindschaft, sondern vielmehr

[1]) Der Kranke ist vor einiger Zeit als ungeheilt aus der Anstalt entlassen worden und lebt jetzt auf dem Landsitze in der Familie seines Schwagers. Dieser hält ihn jetzt für gebessert. Der Kranke sei „nicht mehr so zerstreut wie früher", zeige lebhafte Interessen, nehme an allem regen Anteil, spiele flott Schach, das Gedächtnis sei vorzüglich; die Unruhe habe nachgelassen, doch halte er jeden in Trab, der bei ihm sei. „Er gehört zu den Menschen, deren geistige Fähigkeiten zu neun Zehnteln anerkannt, teilweise geradezu bewundert werden; in dem andern Zehntel ist er aber unverändert." Leider ist es mir nicht möglich gewesen, den Kranken selbst zu sehen, da er sich gegen seine früheren Ärzte sehr ablehnend verhält.

Kurzsichtigkeit und mangelhaftes Verständnis voraussetzt. Dabei zeigt er einen deutlichen Egoismus, einen Verlust der höheren ethischen Gefühle, der sich in Nichtachtung der feineren Anstandsregeln und in mangelhafter Rücksichtnahme auf seine Umgebung äußert.

Wir erkennen in den soeben aufgezählten Hauptzügen dieses Krankheitsbildes unschwer die Komponenten des manischen Symptomenkomplexes wieder, nur in leichtester Ausprägung. Der Fall unterscheidet sich einerseits von gewissen Formen hypomanischer Erregung durch den verhältnismäßig geringen Grad der Störungen und ähnelt hierin den vorhin als Beispiele einer konstitutionellen Erregung geschilderten Kranken. Andererseits aber weicht er in einzelnen Zügen auch wieder von diesen ab, und zwar in Zügen, die in einer Beschreibung zum Teil schwer wiederzugeben sind, die aber im Leben den Eindruck, den man von dem Kranken hat, stark mitbestimmen.

Hervorzuheben ist da zunächst eine auffallende äußere Ruhe; so lange sich seine Reizbarkeit nicht geltend machte, zeigte der Kranke bei der Unterhaltung nicht die große Lebhaftigkeit in den Ausdrucksbewegungen, überhaupt nicht den leichten Bewegungsüberschuß, den wir bei vielen konstitutionell Erregten oder Hypomanischen als leichteste Äußerung einer motorischen Erregung sehen. Dadurch erhält man von dem Kranken im unmittelbaren persönlichen Verkehr den Eindruck einer gewissen G e l a s s e n h e i t, die im Gegensatze zu der äußeren Lebhaftigkeit leicht Manischer steht. Dazu kommt ein anderes Moment. Der Kranke erscheint in seinem Handeln und Reden beherrscht von gewissen leitenden Ideen, die er immer wieder ausspricht und geltend macht: er sei eine „Herrennatur", ein Förderer der Kultur und Humanität; alle seine verfehlten Unternehmungen, in denen wir den Ausdruck eines minderwertigen Betätigungsdranges erblicken, m o t i v i e r t er von Anfang an mit diesen kulturellen und humanitären Bestrebungen. Wir sehen auch, daß der im übrigen reizbare und eigenwillige Patient fähig ist, im Verkehre mit offenkundig unzurechnungsfähigen Kranken allerlei Unannehmlichkeiten zu ertragen, also eine bei seinem sonstigen Verhalten auffallende Geduld, Nachsicht und Selbstbeherrschung zu üben, und dies überall da, wo es sich um die Durchführung des seinen liberalen und individualistischen Anschauungen entspringenden Prinzipes handelt, Äußerungen einer fremden Individualität anzuerkennen und ertragen zu lernen. Da-



durch gewinnt es den Anschein, als ob der Kranke nach hartnäckig und dauernd festgehaltenen Grundsätzen handle. Dieser Umstand sowie die erwähnte äußere Ruhe erzeugen den Gesamteindruck einer gewissen Einheitlichkeit, Geschlossenheit, eines gewissen inneren Zusammenhanges seiner Handlungen; und dieser Eindruck scheint im Gegensatze zu stehen zu dem Unruhigen, Sprunghaften und Wechselvollen im Wesen der oben zum Vergleiche herangezogenen leicht Manischen. Diese Eigentümlichkeiten waren es wohl auch, die mich seinerzeit veranlaßt haben, den Fall mit der allgemeinen Diagnose „degeneratives Irresein" — es war eine bewußte Verlegenheitsdiagnose — zu versehen. Erst später bin ich zu meiner jetzigen Auffassung gekommen. Denn man muß sich fragen: sind denn jene Eigentümlichkeiten wirklich derart, daß sie einen verhindern können, den Fall als chronisch manischen Zustand zu diagnostizieren? Und da meine ich, daß einmal das Symptomenbild im übrigen alle Haupterscheinungen der manischen Erregung in leichtestem Grade zeigt, daß aber weiterhin auch die fraglichen Momente gar keine wirklich konträren Elemente sind. Die äußere Ruhe beruht auf dem starken Zurücktreten oder Fehlen einer eigentlichen motorischen Erregung, einer Erscheinung, die wir auch bei den früher betrachteten Formen chronisch manischer Erregung kennen gelernt haben, wenn sie sich auch dort nicht in dem Grade vorfand. Wenn man übrigens bedenkt, wie außerordentlich dem Patienten durch die Deformität seiner Beine die Fortbewegung erschwert ist, so wird man in seinem Bedürfnisse, trotzdem immer Spaziergänge zu unternehmen, in Theater und Konzerte zu gehen, überall mit dabei zu sein, doch eine bemerkenswerte Lebhaftigkeit erkennen. Also die äußere Ruhe des Kranken ist kein Gegenargument gegen meine Auffassung. Auf die Bedeutung der sein krankhaftes Handeln scheinbar leitenden Ideen, die ich weiterhin als eigenartige Merkmale anführte, komme ich noch weiter unten zu sprechen. Hier bemerke ich dazu nur, daß auch dieses Moment m. E. kein stichhaltiger Gegengrund ist. Es ist klinisch irrelevant, ob ein allgemeiner Betätigungsdrang, wie ihn der Kranke zeigt, in dieser Weise motiviert wird oder nicht. Außerdem finden wir diese Erscheinung bei Hypomanischen oft, nur vielleicht nicht in der Weise, daß die gleichen Ideen so lange und andauernd festgehalten werden. Schließlich kann ich auch Erscheinungen wie dem Verhalten des Kranken gegen gewisse



andere Patienten keine so große Bedeutung beimessen; man muß sie als eigenartige Merkmale dieses Krankheitsbildes natürlich beachten, sie können mich aber an der gegebenen Deutung nicht irre machen.

Von Interesse ist nun, abgesehen von der symptomatischen Eigenart des Falles, noch der Verlauf. Der chronisch manische Zustand wird in der ersten Hälfte des vierten Jahrzehnts deutlich und bleibt dann im wesentlichen stationär, ist sogar — eine weitere Eigentümlichkeit des Falles — deutlichen Schwankungen nicht unterworfen. Er besteht jetzt seit länger als 20 Jahren. So lange der Patient im Leben steht, bietet er noch ein wechselvolleres und unruhigeres Bild als später. Man wird in der Annahme nicht fehlgehen, daß dieser Unterschied auf die erst erregenden, dann mehr beruhigenden äußeren Umstände zurückzuführen ist. Bedauerlich ist, daß wir auch hier über die Zeit, in der sich der definitive Zustand entwickelt hat, nichts Genaueres erfahren konnten; wir können aus dem, was die Angehörigen angeben, nur schließen, daß die Veränderung offenbar allmählich vor sich gegangen ist, vielleicht übrigens unter lebhafteren Schwankungen. Schließlich ist auch in diesem Falle festzustellen, daß sich der chronisch manische Zustand bei einem Individuum entwickelt hat, das von Hause aus expansiv psychopathische Eigentümlichkeiten gezeigt hat.

Differentialdiagnostisch ist der Fall kaum nach einer Seite hin abzugrenzen, es sei denn nach dem sogenannten „Entartungsirresein", nach der großen Gruppe der „krankhaften Persönlichkeiten" hin. Wenn man in unserem Patienten eine krankhafte Persönlichkeit sehen will, so ist gewiß nichts dagegen einzuwenden. Tatsächlich handelt es sich ja bei ihm um der Intensität nach leichte Abweichungen von der Norm; diese Störungen haben alle ihre Wurzeln in Vorgängen, denen wir auch im gesunden Leben begegnen, um mit *Kraepelin* zu reden; und sie erscheinen als dauernde persönliche Eigentümlichkeiten. Doch wir müssen bestrebt sein, in die ungeheure Vielgestaltigkeit der Erscheinungsformen des sogenannten Entartungsirreseins Ordnung zu bringen, Typen aufzusuchen sie zu analysieren und ihre nosologische Stellung zu bestimmen; und von diesem Gesichtspunkte aus bedeutet es zweifellos einen Gewinn, wenn wir uns in Fällen wie dem hier besprochenen nicht mit der allgemeinen Bezeichnung „psychopathische Persönlichkeit" begnügen, sondern aus der Analyse des Krankheitsbildes die Schlüsse ziehen, die wir gezogen haben.

Bemerkenswerterweise ist auch dieser Kranke, wie einige der früher betrachteten, einmal für einen Paranoiker gehalten worden. Von der Paranoia im *Kraepelin*schen Sinne unterscheidet sich das Krankheitsbild besonders durch das Fehlen von Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, durch das Fehlen eines eigentlichen Wahnes; ferner durch den selbständigen, elementaren Betätigungsdrang. Eine gewisse Ähnlichkeit unseres Kranken mit den Paranoikern liegt allerdings in der bereits vorhin festgestellten Eigentümlichkeit, daß sein ganzes Handeln unter dem Einflusse gewisser fixierter, aus der abnormen Stimmung geborener Ideen zu stehen scheint, wodurch es ein gewissermaßen einheitlich motiviertes Gepräge erhält. Es ist das ein Punkt, der wohl Beachtung verdient.

Welche Stellung sollen wir nun unserem Falle anweisen unter den ihm ähnlichen, die wir bisher kennen gelernt haben? Von einer Hypomanie können wir offenbar nicht reden; dazu sind die Erscheinungen zu leicht. Ihrer geringen Intensität nach ist es vielmehr den Fällen von konstitutioneller Erregung an die Seite zu stellen. Da ist es nun von Wichtigkeit für die Auffassung dieser ganzen Gruppe von Psychopathie, daß hier das Bild einer konstitutionellen Erregung von deutlich krankhafter Intensität erst im späteren Leben sich entwickelt und nicht schon seit der Jugend bestanden hat. —

Die hier mitgeteilten Fälle von konstitutioneller Erregung lassen erkennen, daß die unter diesem Begriffe zu vereinigenden Krankheitsbilder verschiedene Typen aufweisen. Will man der in der größeren Geschlossenheit des Symptomenbildes, in dem Vorherrschen gewisser leitender Ideen gegebenen Eigenart des zuletzt besprochenen Falles Ausdruck geben, die in einem gewissen Gegensatze steht zu der Sprunghaftigkeit und Plötzlichkeit im Verhalten anderer Kranken, so kann man in diesem Falle von einer manischen Persönlichkeit sprechen.

### Fall XII.

J. B. Schaffer, Benefiziat, geboren 1873. Der Vater des Patienten hatte ein sehr lebhaftes Temperament, ließ sich nicht gern etwas gefallen, war sehr energisch und „konnte gut schimpfen". Eine Schwester des Kranken war geisteskrank. Er selbst lernte auf der Schule gut, war aber in seinen Leistungen sehr ungleichmäßig. Von jeher war er heiter. Nur im Alter von 13 Jahren will er eine Zeit lang ohne Grund traurig gewesen sein und „nahe daran, geisteskrank zu werden". 1892 bestand er das Absolutorium mit einem guten Zeugnisse, in dem sein sittliches Ver-



halten während seines Aufenthaltes in der Studienanstalt als tadellos, sein Fleiß als nicht immer befriedigend bezeichnet wird. S. studierte nun auf dem Lyzeum zu F., hatte lebhafte Interessen, trieb besonders philosophische, mathematische und naturwissenschaftliche Studien und galt allgemein als guter Kopf. Nach längerem Schwanken zwischen der Wahl des geistlichen und naturwissenschaftlichen Studiums entschied er sich für das erstere. Die Semestralzeugnisse aus den Jahren 1893 bis 1896 lauten sämtlich sehr günstig; insbesondere wird stets sein sittliches Verhalten als tadellos bezeichnet. Daß trotzdem sich schon in dieser Zeit auffallende Eigenschaften an S. zeigten, geht aus der Note hervor, die ihm nach Abschluß seiner theologischen Studien 1897 ausgestellt wurde, und in der es von ihm heißt: „Gutwillig, von nicht ganz normalen Geistesanlagen, zu Sonderbarkeiten geneigt und im Äußern sich leicht vernachlässigend, wird er einer klugen und geduldigen Führung bedürfen, um einigermaßen Befriedigendes in der Seelsorge zu leisten.“ Eine nähere Erläuterung dieses Urteils ist leider nicht zu erlangen. Von 1897 bis 1899 hatte er seinen ersten Posten als Kooperator inne. Hier hatte S. Differenzen mit dem Pfarrer, dem er beigegeben war, angeblich wegen Beziehungen zu einer Bauerntochter, für die er eine Neigung gehabt zu haben scheint; Genaueres konnte hierüber nicht in Erfahrung gebracht werden. Infolge dieser Differenzen versetzte man ihn 1899. In dieser zweiten Stelle, die er nur 14 Monate lang innehatte, entwickelte er neben der Erledigung seiner Berufspflichten auch nach verschiedenen andern Richtungen eine bemerkenswerte Tätigkeit. So erfand er ein verbessertes Tarokspiel, das er veröffentlichte unter dem Titel: „Das Prinzipal. Die höchste Vervollkommnung des bisherigen Tarokspieles. Genaueste Angabe der Spielregeln samt ausführlicher Begründung. Ausgebaut nach den strengen Prinzipien der Logik und Gerechtigkeit, von Fidelis Justus.“ Ferner kaufte er einem unbemittelten Manne, der das Photographieren erlernen und gewerbmäßig betreiben wollte, „vorschußweise“ einen photographischen Apparat für 400 M. Als der Mann dann den Apparat nicht bezahlen konnte, photographierte S. selbst damit Gemeindemitglieder, Kinder und Vereine gegen Bezahlung. Es wurde deshalb viel über ihn gewitzelt in der Gemeinde; der Photograph des Ortes beschwerte sich aber bei der geistlichen Behörde über diese Konkurrenz. S. erklärte darauf, er wolle nur so lange gegen Entgelt photographieren, bis der Apparat bezahlt sei, um ihn dann jenem Manne zu schenken. Dem Beschwerdeführer selbst aber schrieb er einen langen Brief von beleidigendem und unflätigem Inhalte. Er ward daraufhin im März 1900 versetzt. In einem Schreiben an einen sehr hohen geistlichen Vorgesetzten, das durch seinen burschikosen und ironisch-witzelnden Ton auffällt und jede Ehrerbietung vermissen läßt, äußert er sich über die ganze Angelegenheit und glossiert seine strafweise verfügte Versetzung. Er habe, heißt es darin, das Bewußtsein des erlittenen Unrechts; „dieses hätten Sie auch dann nicht bannen können,



wenn es statt P. (wohin S. versetzt worden war) Pecking (Wortspiel; der Name P. klingt ganz ähnlich) geheißen hätte". „Die Schäflein von X. (Ort seiner bisherigen Wirksamkeit) werden vor den Augen Gottes doch kaum schöner und wertvoller erscheinen als die Schäflein irgend anderer Weiden."

Von jetzt an hatte er beständig Reibereien mit seinen Vorgesetzten, war in eine Reihe von Prozessen verwickelt, trug sich mit allerlei Plänen über kirchliche Reformen, die er in einer Unmenge von mehr oder weniger langen Eingaben an die höchste geistliche Behörde darlegte, ebenso wie er auch in allen Streitigkeiten seinen Standpunkt energisch und in einer Flut von Schriftstücken vertrat. Alle diese Schriftstücke sind äußerlich geordnet und zeugen von einer guten Dialektik, verraten aber auch eine große Neigung zu Haarspalterei und dialektischem Geplänkel. Seine Gegner bekämpft er darin lebhaft mit derben Kraftausdrücken, aber vor allem auch mit den Waffen der Ironie, mit allerhand Witzeleien; eine Menge von Wortspielereien läuft mit unter; auch sich selbst glossiert er, indem er sich ironischerweise allerlei Beinamen gibt. Vor allem aber fällt auf, daß er auch in den peinlichsten Situationen und in Eingaben an den höchsten kirchlichen Vorgesetzten diesen burschikosen, jovialen und scherzenden Ton beibehält, durch den auch seine energischen Proteste und Forderungen den Eindruck eines halbernsten Spiels machen.

In seinem amtlichen Verhalten erregte S. zunächst dadurch Anstoß, daß er in Predigt und privater Unterredung die kirchlichen Lehren vielfach bemängelte und an ihnen herumdeutete, so daß sich Gemeindemitglieder an die Geistlichkeit mit der Bitte um Aufklärung dieser Widersprüche wandten. Sodann verletzte er in seinem Äußeren die geistliche Würde, vernachlässigte seine Kleidung, benahm sich sehr ungeniert in Wirtshäusern; er blieb bis tief in die Nacht hinein darin sitzen und legte durch athletische Kunststückchen Kraftproben ab; er ging mit einem Rucksacke auf dem Rücken oder mit einem Korbe am Arme einher. Einen Geistlichen, mit dem er wegen des oben erwähnten Mädchens Streitigkeiten hatte, foppte er in anonymen Briefen, in denen er ihm einesteils zutrug, er, S., gehe immer ins Wirtshaus und halte es mit einer barmherzigen Schwester, andernteils den Geistlichen selber sexuellen Verkehrs beschuldigte.

1902 beschwerte er sich beim Bischofe in einem 19 Seiten langen Schriftstücke über seinen vorgesetzten Geistlichen, der ihn als Reformkatholiken behellige. „Neben meinen sonstigen Mängeln und Schwächen habe ich also noch die erschreckliche Eigenschaft, ein Reformkatholik zu sein, und zwar ein Reformkatholik mit Leib und Seele. Nicht erst Schell usw. haben mich auf derartige Ideen gebracht! Ich kann mit Stolz behaupten: durch eigenes, angestrengtes Meditieren, Studieren, Kombinieren und namentlich durch praktische bittere Erfahrungen bin ich gleichsam völlig beständig in dieses geistige Fahrwasser allmählich eingelenkt." Der Pfarrer, den er seinen „geistlichen Prinzipal" nennt, sei ihm weder in der

philosophischen noch auch in der theologischen Spekulation annähernd gewachsen. Diesem Schreiben legte er ein langes Schriftstück bei mit der Überschrift „Religiöse Privatansichten des Fidelis Justus (vulgo S. . . .)"; in dem er neben einer Reihe nicht weiter auffallender Erörterungen über theologische Fragen und Katechismusreform vorschlägt, man solle den Stoff des bisherigen Kirchenjahres auf eine Serie von sieben Kalenderjahren verteilen, das 50. Jahr als Jubeljahr feiern und so die im alten Bunde vorgebildete Jahrwoche zur idealen Ausführung bringen. Das Schriftstück schließt mit den Worten: „Allein, „ein so junger Herr soll sich um andere Sachen kümmern!" so heißt es gewöhnlich. Das tue ich zwar auch — aber für die katholische Kirche bleibt halt das alte Los. Dixi et salvavi — usw. Schluß!" Diesem Schreiben folgte in den nächsten Jahren noch eine Menge anderer, in denen er immer dringender und selbstbewußter forderte, man solle seine Vorschläge würdigen und ihn in der Katechismusfrage zur Mitberatung heranziehen. Bisweilen bringt er dem höchsten Vorgesetzten frühere Schreiben „in freundliche Erinnerung"; einmal redet er ihn an: „Hochwürdigster Herr X.! Verehrungswürdiger Mitarbeiter des Dieners der Diener Gottes!" Nach Empfang eines Versetzungsdekrets schrieb er Januar 1903: „Ich soll wieder den Kürzeren ziehen und die Pudelrolle übernehmen", und sandte das Dekret zurück. Doch fügte er sich schließlich. Jetzt kamen theologische Streitigkeiten mit zwei Mönchen, wegen deren er immer wieder die höchste Entscheidung anrief, mit Aufgabe seines Priesterberufes drohte, wenn man ihn nicht erhörte; „ich habe keine Lust, von diesen hochmütigen . . . . . . in meinen idealsten Empfindungen in solch tölpelhafter Weise angerempelt zu werden". Auch diese Differenzen zogen sich lange hin und zeitigten eine Menge von schriftlichen Ergüssen. Neben allen diesen amtlichen und wissenschaftlichen Bestrebungen und Streitigkeiten, die die Jahre 1900 bis 1906 ausfüllten, war nun S. noch in einige Prozesse verwickelt. Den Ausgangspunkt dieser Prozesse bildete meist eine gerechtfertigte Anklage seitens des S. Da er aber seinen Standpunkt sehr affektvoll vertrat, seine Gegner und deren Rechtsvertreter in zahlreichen Zuschriften beleidigte und in der für ihn charakteristischen witzelnden Weise lächerlich machte, so wurde er bald Gegenstand neuer Anklagen, klagte seinerseits wieder und verfolgte die Sachen durch verschiedene Instanzen. Besonders kennzeichnend für sein Verhalten hierbei ist folgender Fall.

Ein Redakteur U. hatte in seiner Zeitung Verwandte des S. mit Fug und Recht angegriffen. Darauf schrieb S. Postkarten beleidigenden Inhaltes an verschiedene beteiligte Personen und beklagte sich über jenen „Schuftartikel". In einer derselben schrieb er: „Der größte Hansw., ich will sagen, der größte Schlaumeier im Bezirke"; in einer anderen: „Der F. H., dieses Rindv., ich will sagen, dieser gute Mann . . . ., der Herr Notar R., dieses erstklassige Rhinoz., ich will sagen, dieser vortreffliche Mann Gottes . . . .". Er wurde natürlich wegen Beleidigung verklagt, bestritt aber jede Schuld: Hansw. habe heißen sollen „Hanswief", was so viel sei wie altklug;





„Schuftartikel“ komme von „Verschuften“ — frech verleumden; Rindv. habe heißen sollen „Rindsvögelein“, und Rhinoz. „Rhinozebra“! Es gab wieder eine Kette von Prozessen; S. hielt auch in der Berufungsinstanz an seiner Deutung fest, bequemte sich aber, als das Berufungsgericht die Angelegenheit für verjährt erklärte, zu einem Vergleiche und zur Übernahme aller Kosten, auch der des Gegners! Um die gleiche Zeit war ein Mord geschehen, und man suchte eifrig nach dem Täter. Derselbe Richter, der S. in dem oben erwähnten Verfahren verurteilt hatte, leitete auch diese Untersuchung. S. schrieb nun Anfang 1906 an ihn, innere Unruhe verfolge ihn, und nachdem er „mit seinem Gotte in Konferenz getreten“ sei, müsse er mitteilen, „daß die Schuldfrage des Benefiziaten S. in ganz analoger Weise wie gegenüber dem U. bzw. G. (d. h. in der eben erwähnten Beleidigungssache), so auch in dem gegenwärtigen Mordprozesse zu erörtern sei“. Er ersuchte zugleich um seine Verhaftung. Die Untersuchung ergab natürlich S.s Schuldlosigkeit; die Selbstanzeige war ein Witz gewesen, mit dem er den Richter foppen wollte, wie er später in der Klinik schmunzelnd zugab.

Seine geistliche Behörde behandelte ihn mit großer Rücksicht und wies ihm 1905 einen Ruheposten mit kleinem Gehalt an, auf dem er möglichst wenig Gelegenheit hatte, in Konflikte zu geraten. Er fügte sich nur widerwillig und gab dem Gefühle, beiseite gesetzt zu sein, in seinen Zuschriften an seine höchste Behörde wiederholt in kennzeichnender Weise Ausdruck: er sei zu Unrecht „in die geistliche Rumpelkammer geworfen worden und weigere sich infolgedessen, in die ........kasse zu zahlen, warum man denn nicht gleich den Hunger- oder Feuertod über ihn, dieses „greuliche Reformer-Ungetüm“, verfüge; er unterzeichnete sich wiederholt als „Schwerverbrecher“ und „angehender Hungerkünstler“. Im übrigen verlangte er immer nachdrücklicher und oft in recht gereiztem Tone Beachtung seiner Reformvorschläge, sprach von ihnen als von seinen gottbegnadeten Ideen und drohte schließlich mit Aufgabe seines geistlichen Berufes. Die erwähnte Selbstanzeige gab schließlich den Anlaß, S. zur Beobachtung und Abgabe eines Gutachtens in die psychiatrische Klinik zu München einzuweisen. Nach längerem Hin und Her erklärte er sich hierzu bereit. Er bestritt natürlich von vornherein, krank zu sein; es gehe ihm eben wie den größten Männern der Geschichte, die man ja auch vielfach für krank gehalten habe, da sie unbequem gewesen seien. Im übrigen behandelte er auch diese ganze Angelegenheit in seiner ironisch-scherzenden und geringschätzigen Art, für die folgende Stellen aus seinen Eingaben kennzeichnend sind: „Wenn die Chirurgie so weit ausgebildet wäre, so würde ich Kostenersparnis wegen mich recht gerne dazu herbeigelassen haben, den Träger meiner infektionsverdächtigen Gehirnsubstanz mir interimistisch vom Wirbel amputieren und als „Muster ohne Wert“ sowohl nach Eglfing als nach der Klinik adressieren zu lassen. Das dumme Anhängsel, corpus genannt, mitsamt den daran hängenden Gliedmaßen würde



in der zeitweiligen Verwaisung dahier in Z. kaum so extra viel versäumt haben und wohl auch ohne „Chef" sein kopfloses Dasein für die kurz bemessene Zeit fortgefristet haben, ohne irgendwelchen Schaden zu nehmen."

In der Klinik, die er schon einige Wochen zuvor zu kurzem Aufenthalte mehrmals aufgesucht hatte, wurde er im Mai 1906 eine Zeitlang beobachtet. Er war äußerlich ruhig und zeigte keine abnorme psychomotorische Erregung. Seine Stimmung war deutlich gehoben. Bei den verschiedenen Explorationen trug er ein auffallend burschikoses und nonchalantes Wesen zur Schau; er sprach über seine ganze Angelegenheit leichthin und lächelnd, schaute mit großem Optimismus in die Zukunft, äußerte sich über die Personen, mit denen er in den letzten Jahren Differenzen gehabt hatte, mit einer gewissen jovialen Herablassung; offenbar beherrschte ihn das Gefühl, hoch über allen seinen Widersachern zu stehen und im Kampfe mit ihnen als der moralisch Überlegene bestanden zu haben; wenn von den witzigen Wendungen die Rede war, die er vielfach den Dingen gegeben hatte, dann verriet sein leises Schmunzeln seine Freude daran; er sprach von seinen anonymen Briefen als von seinen „besonders feinen Detektivmethoden" usw. Der Gedankenablauf war durchaus geordnet. Auch bestand kein eigentlicher Rededrang, wenn der Kranke auch ziemlich gesprächig und bereit war, sich zu unterhalten. Auf dem Tische seines Zimmers breitete er eine Unmenge von Schriftstücken aus, in denen er seine religiösen, philosophischen und naturwissenschaftlichen Anschauungen niedergelegt hatte, und lud zur Lektüre derselben ein. Er erklärte sich für geistesgesund und gab nur zu, „etwas aufgeregt" zu sein.

Von einer strafrechtlichen Verfolgung wurde seines Geisteszustandes wegen abgesehen. S. ist jetzt nicht mehr Pfarrer, sondern hat einen neutralen Posten inne, auf dem er in Konflikte nicht leicht kommen kann.

Seither hat sich in dem Zustande Schaffers nichts geändert. Auf eine katamnestische Anfrage antwortete er 1907 mit der Bitte, der Direktor der Klinik möge ihm ermöglichen, im Hörsaale vor einer Gesellschaft „möglichst vieler Naturwissenschaftler, Ärzte, Juristen und auch Redakteure besserer Blätter usw. — und last not least: möglichst vieler Logenbrüder" einen Vortrag über „Christliche und monistische Weltanschauung" zu halten. Er fährt fort, seiner vorgesetzten Behörde seine Reformvorschläge in Eingaben zu unterbreiten, hat aber seine privaten Streitigkeiten aufgegeben [1]).

---

[1]) Der Zustand S.s hat sich auch weiterhin nicht geändert. Er beschäftigt sich auf seinem kleinen Posten, bei dessen Art die Möglichkeit zu Reibungen auf ein Minimum herabgesetzt ist, mit seinen Reformideen, macht oft Eingaben an seine Behörde, die ganz wie die früheren gehalten sind, nimmt sich in Rechtsangelegenheiten gern anderer an. So sammelte





Bei deutlich gehobenem Selbstgefühl und jovialer Euphorie zeigt dieser Kranke eine gewisse Vielgeschäftigkeit, macht Pläne und Entwürfe, schreibt fortwährend; dabei ist er reizbar, renitent und streitbar, kehrt sich nicht an die Schranken, zu deren Einhaltung ihn sein Stand verpflichtet. Er gerät in zahlreiche Konflikte, verficht überall sein vermeintliches Recht mit Nachdruck, ohne jedoch bis zum äußersten zu gehen. Dabei kommt er aber nicht dazu, in seinen Gegnern eigentliche Feinde zu sehen, sondern er bekämpft sie vorwiegend mit Witz, Ironie und einem sonderbaren Gemisch von Ungeduld und überlegener Nachsicht, springt mit ihnen ohne Rücksicht auf ihren Stand eigentümlich scherzhaft um. Der Gedankenablauf zeigt keine gröbere Störung. Äußerlich tritt der Kranke geordnet und ruhig auf. Eine erhebliche psychomotorische Erregung ist nicht nachweisbar. Auch in seiner äußeren Lebensführung zeigt er nur eine geringe Unruhe und Unbeständigkeit. Der häufige Wechsel seines Aufenthaltsortes scheint weniger Folge eines inneren Dranges nach Veränderung, als auf Einwirkung seiner vorgesetzten Behörde zurückzuführen zu sein.

Die Zugehörigkeit auch dieses Falles zu unserer Gruppe ist offenkundig. Man sträubt sich, den Kranken als manisch zu bezeichnen; die Leichtigkeit der Symptome und das Fehlen einer deutlichen psychomotorischen Erregung stehen im Wege. Doch sind es im übrigen nur graduelle Unterschiede, die den Fall von dem Bilde einer Hypomanie trennen. Erscheint S. im unmittelbaren persönlichen Verkehr ruhig und nicht erregt, so gewinnen wir doch bei näherer Kenntnis seines Lebens den Eindruck einer dauernden leichtesten Erregung und werden die Diagnose konstitutionelle Erregung am Platze finden.

Die Anfänge des krankhaften Zustandes sind nicht deutlich erkennbar. Es hat den Anschein, als hätte er sich erst in den letzten Studienjahren, also in der ersten Hälfte des dritten Jahrzehnts, bemerkbar gemacht. Von da an besteht er dauernd, nunmehr also seit über 12 Jahren. Es ist nicht anzunehmen, daß die krankhaften Eigentümlichkeiten des Patienten schon früher in gleichem Maße bestanden haben; er wäre dann wohl bei der strengen Erziehung in stärkere Kon-

---

er kürzlich in einem Brandstifterprozesse auf eigene Faust Untersuchungsmaterial und sandte es dem Gerichte ein. Er treibt viel Sport und geht oft im Sportanzuge umher.

flikte mit seinen Erziehern geraten. Bemerkenswert ist der Depressionszustand im Alter von 13 Jahren, den der Patient selbst als krankhaft empfindet.

## VI.

Wir werfen nun einen Rückblick auf die bisher betrachteten Krankheitsfälle und fragen uns, welche Schlüsse wir daraus ziehen können.

Vier Gruppen von Fällen chronisch-manischer Erregung konnten wir unterscheiden:

1. Zunächst lernten wir zwei Fälle kennen (Fall I und den Fall von *Siefert*), bei denen ein deutlich hypomanisches Zustandsbild von Jugend auf bestand. Die Symptome hatten eine genügende Höhe erreicht, so daß man von einer Hypomanie reden konnte. Das Krankheitsbild unterschied sich in nichts von den hypomanischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins. Nur fehlte bei dem einen Patienten (Fall I) eine eigentliche motorische Erregung. Eine prinzipielle symptomatische Eigentümlichkeit gegenüber jenen hypomanischen Phasen kann jedoch in diesem Mangel nicht erblickt werden, da er immerhin auch bei hypomanischen Zuständen im Verlaufe von zirkulären Psychosen vorkommt.

Leichte Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen waren wenigstens bei dem einen (*Siefert*schen) Kranken sicher gestellt. Das ununterbrochene Bestehen des hypomanischen Zustandes ist freilich, wie auch *Siefert* zugibt, nicht wirklich exakt bewiesen; es ist nur für die beiden Fälle wahrscheinlich.

Man kann diesen Typus, um ihn kurz zu charakterisieren, als originäre Hypomanie bezeichnen.

2. Die zweite Gruppe umfaßt Kranke, die von Hause aus sanguinische, selbstbewußte, unbeständige, unternehmungsüchtige Menschen sind; gegen das dritte oder vierte Jahrzehnt hin steigert sich dieser Zustand zu einer leichten Erregung; schließlich setzt um das 50. Lebensjahr herum eine deutliche hypomanische Psychose ein, die dann unter Schwankungen in der Intensität — in einem Falle Steigerung bis zu schwerer Manie — anhält und bei den jetzt noch lebenden Kranken nunmehr bereits seit etwa 12, 16 und 17 Jahren besteht. Die bei diesen Patienten von vornherein als Charaktereigentümlichkeit vorhandene eigenartige Anlage mag zunächst noch innerhalb der



Gesundheitsbreite gelegen haben — es gibt Menschen genug, die ihr Leben lang ein solches Wesen zeigen, ohne für krank gelten zu können; sie deutet aber doch, so kann man sagen, auf die später manifest werdende krankhafte Störung hin und erhält durch sie eine eigenartige Beleuchtung. Das vor dem Einsetzen einer eigentlichen Hypomanie eingeschaltete Stadium leichter Erregung kann aufgefaßt werden als eine Steigerung der von Hause aus bestehenden Anlage ins deutlicher Pathologische; es dürften die Kranken zu dieser Zeit ein der konstitutionellen Erregung entsprechendes Bild geboten haben. Man kann in diesen Fällen von einer progressiven manischen Konstitution reden.

Das chronisch hypomanische Stadium unterscheidet sich bei dem ersten dieser Kranken (Fall II) nicht von den typisch hypomanischen Phasen im Verlaufe eines manisch-depressiven Irreseins. Bei dem zweiten Patienten (Fall III) ist es ausgezeichnet durch das verhältnismäßige Zurücktreten der motorischen Erregung und das Auftreten von reichlichen Wahnideen (vorwiegend Größenideen) bei durchaus manischer Stimmungslage. Der dritte Kranke endlich (Fall IV) zeigt schließlich ein sehr wechselndes und schwankendes Bild: schwere manische Erregungen von längerer Dauer werden unterbrochen von verschieden langen Remissionen, in denen der Kranke bei euphorischer Stimmungslage und Gereiztheit ziemlich ruhig ist; eine zwecklose, spielerische Sammelsucht bildet eine eigenartige Form von Betätigungsdrang. Dabei Ideenflucht.

3. Einen dritten Typus chronisch-manischer Erregung stellen die beiden Kranken dar, bei denen ein hypomanischer Zustand von abnorm langer Dauer als Phase eines zirkulären Irreseins erscheint. In dem einen der Fälle (Fall V) haben wir ein ziemlich typisch hypomanisches Bild; doch tritt auch hier die motorische Erregung und der Beschäftigungsdrang in auffallender Weise zurück hinter den übrigen Komponenten des manischen Symptomenkomplexes. Auch bei dem andern Kranken (Fall VI) ein Zurücktreten der motorischen Erregung. Bei beiden macht sich ein stark räsonnierender Zug bemerkbar, der sich bei dem letzterwähnten Kranken in einem ausgeprägt querulatorischen Treiben äußert.

Bemerkenswert ist hier noch der Umstand, daß die chronisch-



manischen Phasen auch bei diesen zirkulären, chronischen Hypomanien im reiferen Alter, nämlich im 35. und im 42. Lebensjahre, auftreten.

4. Endlich fanden wir in einer vierten Gruppe von Kranken Fälle von konstitutioneller Erregung, mit einem Symptomenbilde, das die Merkmale manischer Erregung in einem leichtesten, nicht psychotisch wirkenden Grade entwickelt zeigte. Demgemäß zeigten die Kranken meist eine leichteste motorische Erregung, einen minderwertigen Betätigungsdrang, teilweise auch soziale Unstätheit, Reizbarkeit, Neigung zum Querulieren; in den schwereren Fällen leichten Rededrang und eine ebenfalls leichte Weitschweifigkeit und Sprunghaftigkeit in ihrer Rede; dabei bestand eine gehobene und labile Stimmungslage, bald mehr heiter, bald mehr zornig und räsonnierend. Das erhöhte Selbstgefühl äußerte sich in Selbstüberhebung, in dem Glauben an die eigene Überlegenheit über andere; zu eigentlichen Größenideen kam es aber nicht.

Je leichter die Fälle waren, um so mehr trat die äußere Unruhe zurück. Die pathologische Vielgeschäftigkeit konnte dadurch einen weniger ungeordneten Eindruck machen, daß die Patienten ihr Handeln auf bestimmte, es scheinbar leitende Absichten und Ideen zurückführten; auch war in diesen Fällen die gemütliche Reizbarkeit geringer.

Neben diesen Typen von konstitutioneller Erregung lernten wir als Vertreterin einer andern Art dieser Störung eine Patientin kennen, bei der ebenfalls eine selbständige motorische Erregung zurücktrat, ja ganz zu fehlen schien, während zugleich eine gehobene, exquisit zornmütige, nicht labile Stimmungslage bestand, verbunden mit Beeinträchtigungsideen. Alle Störungen hatten in diesem Falle einen streng endogenen Charakter.

Schwankungen des dauernden Zustandes kamen bei allen diesen Fällen der vierten Gruppe vor, bei einigen auch vorübergehende akute manische Erregungen. Es fiel auf, daß diese akuten psychotischen Phasen mit Ausnahme von einem Falle (Fall IX) frühestens gegen das 30. Lebensjahr sich zeigten. Der dauernde krankhafte Zustand war meist bis in die Zeit vor dem 20. Jahre zurückzuverfolgen; doch durchaus nicht immer. Mehrfach wurde er erst später, im Laufe des dritten, in einem Falle (Fall XI) sogar erst im vierten Jahrzehnt erkennbar. Bei zweien dieser Kranken war früher ein Depressionszustand vorge-

kommen. In dem oben erwähnten Fall IX endlich hatte sich das Krankheitsbild schon im 10. Jahre gezeigt, steigerte sich nach 5 bis 6 Jahren zu einer hypomanischen Erregung, nach deren Abklingen Heilung oder doch an Heilung grenzende weitgehende Besserung eintrat.

Das Gemeinsame aller der betrachteten Fälle liegt in dem Bestehen eines manisch gefärbten Zustandes weit über die bei solchen Zuständen gewöhnlich beobachtete Zeitdauer hinaus Die Unterschiede zwischen ihnen, denen in der hier vorgenommenen Gruppenbildung Ausdruck gegeben wurde, erstrecken sich, abgesehen von symptomatologischen Verschiedenheiten, im wesentlichen einmal auf die Schwere der Störungen, sodann auf die zeitlichen Bedingungen ihrer Entwicklung, auf den Verlauf.

Wenn wir uns nun nach der klinischen Stellung dieser chronisch-manischen Fälle fragen, so ist sie für jene Formen ja wohl nicht strittig, in denen, wie in dem *Siefert*schen Falle, ein echt hypomanisches Bild von Kindheit an besteht.

Wenn wir ihre symptomatische Übereinstimmung mit hypomanischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins nachgewiesen haben, so kann die abnorm lange Dauer kein Grund sein, sie von dieser für gewöhnlich in einzelnen Anfällen verlaufenden Krankheit abzutrennen.

So ordnen sich diese Fälle also dem manisch-depressiven Irresein ungezwungen ein als eine eigenartige Verlaufsform desselben, bei der an Stelle des periodischen oder zirkulären Wechsels eine Erscheinungsform der Krankheit von Hause aus chronisch besteht.

Ebenso klar ist meiner Meinung nach die Zugehörigkeit der Kranken der zweiten Art zu dem großen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins. Bei ihren Beziehungen zu den Fällen der vierten Gruppe muß ich auf sie nochmals zurückkommen, wenn ich die klinische Stellung dieser letzteren werde erörtert haben. Die symptomatischen Eigentümlichkeiten der Fälle III und IV, auf die ich weiter oben hingewiesen habe, bilden keinen Gegengrund gegen die soeben vertretene Auffassung. Das Bestehen reichlicher Größenideen neben verhältnismäßig geringer äußerer Erregung beim ersteren der genannten Kranken ist wohl ungewöhnlich, steht aber in unserer Erfahrung über die Symptomatologie vorübergehender manischen Psychosen nicht vereinzelt



da. Das Verhalten des andern Patienten (Fall IV) nach den schwereren manischen Exazerbationen erinnert an einige der von *Schott* beschriebenen Fälle. Ich kann mich jedoch zurzeit nicht entschließen, in diesem Verhalten den Ausdruck einer Demenz zu sehen. Die Frage der Schwächezustände nach manisch-depressiven Psychosen ist überhaupt noch ein durchaus strittiges Kapitel. Damit, daß sich bei ihnen schließlich ein Zustandsbild herausbilden kann, das nach psychischer Schwäche aussieht, ist das Vorkommen solcher Ausgänge in eine Demenz noch nicht bewiesen. Kennen wir doch im Verlaufe von manisch-depressiven Psychosen vorübergehende Phasen, die wie Defekte aussehen, die aber eben wieder vorübergehen und einem normalen Verhalten Platz machen. Solange nicht bewiesen ist, daß als Schwächezustände aufgefaßte terminale Bilder nicht wieder vorübergehen können, so lange kann man von einer Demenz nicht reden. Und dieser Beweis ist für das Bild, das unser Kranker in Fall IV bietet, vorläufig nicht erbracht[1]).

Die Zugehörigkeit derjenigen Fälle zum manisch-depressiven Irresein, die wir in einer dritten Gruppe zusammengestellt haben, geht aus dem charakteristischen Verlaufe ohne weiteres hervor.

Es fragt sich nun, wie die symptomatisch leichtesten Formen (konstitutionelle Erregung *Kraepelins*, manische Verstimmung *Jungs*) aufzufassen sind. Der geringe, nicht eigentlich psychotische Grad der Störungen sowie besonders der Umstand, daß diese von Hause aus als dauernde persönliche Eigentümlichkeiten zu bestehen scheinen, hat den Anlaß gegeben, in ihnen eine Form der psychopathischen Minderwertigkeit, einen Typus der originären Krankheitszustände zu sehen.

Wenn wir von krankhaften Persönlichkeiten reden, dann meinen wir, daß die an ihnen zutagetretenden krankhaften Erscheinungen nicht der Ausdruck eines mit elementarer Gewalt und fremdartig über die Kranken einbrechenden, ihren psychischen Zustand radikal umwandelnden Krankheitsprozesses sind, sondern die Äußerung einer von vornherein bestehenden, wenngleich nicht immer auch von vornherein bemerkbaren abnormen Anlage, aus der sie sich mit einer ge-

[1]) Anm. b. d. Korr. — Der weitere Verlauf hat dieser Auffassung recht gegeben.



wissen Gesetzmäßigkeit und vielleicht auch in einer gewissen Abhängigkeit von den Bedingungen des Milieus allmählich entwickeln. Versuchen wir, von dieser Begriffsbestimmung ausgehend, die in einer krankhaften Anlage begründeten dauernden krankhaften Geisteszustände zu untersuchen, so werden wir unter ihnen eine Anzahl von Formen finden, die dieser Definition entsprechen. Man wird dann wahrscheinlich z. B. feststellen, daß die und die psychopathischen Eigenschaften sich mit zunehmendem Alter zurückbilden, andere umgekehrt stärker hervortreten, wieder andere sich in der oder jener Weise qualitativ verändern. Eine Reihe von angeborenen oder frühzeitig erworbenen Anomalien scheiden aus, z. B. alle auf organischer Gehirnerkrankung beruhenden, wie gewisse stationäre und progressive Schwachsinnsformen.

Gehören nun die Fälle von konstitutioneller Erregung zu jener Gruppe von genuinen, dauernden und einer gesetzmäßigen Entwicklung unterworfenen psychopathischen Zuständen?

Wir erinnern uns zunächst daran, daß nicht in allen uns bekannt gewordenen Fällen der krankhafte Zustand bis in die Jugend zurückzuverfolgen war. Wenn ich auch wohl weiß, wie heikel es ist, bei den summarischen anamnestischen Angaben den Beginn der Störungen zu datieren, so glaube ich doch trotz aller hierdurch gebotenen Zurückhaltung, in dem Fall XII meiner Beobachtung sowie vielleicht bei dem Fall II von *Jung* den Beginn des ausgesprochenen Bildes einer konstitutionellen Erregung in das dritte bzw. vierte Jahrzehnt verlegen zu dürfen.

Dazu kommt, daß bei der jugendlichen Kranken in Beobachtung IX dieses Krankheitsbild nach sechsjährigem Bestehen v o r ü b e r g e g a n g e n ist. Das ist freilich eine vereinzelte Beobachtung. An die Möglichkeit eines solchen Verlaufes hatte ich aber schon gedacht, ehe ich den eben erwähnten Fall beobachten konnte. *E. Hess* [1]) hat in einem Aufsatze über Conrad Ferdinand Meyer die sehr interessante Entwicklung des Dichters psychiatrisch beleuchtet. Meyer litt nach der zweifellos richtigen Auffassung von *Hess* an konstitutioneller Verstimmung, die bis in seine Knabenjahre zurückzuverfolgen ist. Er war ein gehemmter, depressiver und menschenscheuer Psychopath, der es

---

[1]) *Hess*, Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 58 S. 1164 ff.





zu nichts bringen konnte und einmal vorübergehend in einer Anstalt untergebracht war; Ärzte erklärten, es liege keine eigentliche Erkrankung vor, sondern lediglich eine Überreizung der Konstitution. Im vierten Jahrzehnt aber verschwanden die Erscheinungen allmählich. Meyer wurde frei, blieb allerdings häufigem Stimmungswechsel unterworfen; es folgten Jahrzehnte der Gesundheit, in denen er seine Werke schuf, bis er im Alter in eine Psychose verfiel, die *Hess* als Rückbildungsmelancholie auffaßt, die aber wohl richtiger als manisch-depressiver Mischzustand gedeutet wird. Diese Beobachtung lehrt — und deshalb erwähne ich sie überhaupt —, daß das der konstitutionellen Erregung sehr verwandte, auch von *Jung* und *Kraepelin* als deren Gegenstück aufgefaßte Krankheitsbild der konstitutionellen Verstimmung nicht notwendig eine dauernde, dem Patienten lebenslänglich anhaftende Eigentümlichkeit ist, sondern daß es wieder verschwinden und einem normalen Zustande Platz machen kann, auch dann, wenn es von Kindheit auf bestanden hat. Also ist auch dieses Krankheitsbild eine Psychose, die kommen und wieder gehen kann; es besteht, trotz des leichtesten, nicht psychotisch erscheinenden Grades der Störungen, keinerlei Grund, es von den vorübergehenden Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins abzutrennen, deren leichteste Form es in Wahrheit darstellt.

Diese Tatsache im Verein mit dem soeben über die Fälle IX und XII meiner Beobachtung Gesagten wirft nun, wie ich meine, ein Licht auf die klinische Bedeutung der konstitutionellen Erregung. Man kann sie auffassen als eine manische Psychose leichtesten Grades, die offenbar ungleich häufiger als die manischen Erregungen leichten (Hypomanie) oder gar schwereren Grades chronisch wird, wahrscheinlich auch vorwiegend chronisch verläuft und von Jugend an besteht. So ist sie ein Gegenstück des als konstitutionelle Verstimmung bezeichneten depressiven Krankheitsbildes leichtesten Grades. Die Verwandtschaft beider Formen zeigen am eklatantesten die Fälle von sogenannter Zyklothymie (*E. Hecker*, *Wilmanns*), in denen beide Symptomenbilder als zirkuläre Phasen leichtesten Grades miteinander abwechseln. Ihre nahe Verwandtschaft mit dem manisch-depressiven Irresein erkennt ja auch *Kraepelin* an, indem er sie als Vorformen desselben bezeichnet. Vorformen oder leichteste Formen des manisch-depressiven Irreseins, das sind zwei verschiedene Be-



zeichnungen für dasselbe Ding; man wählt die eine oder die andere, je nach dem Gesichtspunkte, unter dem man betrachtet, je nachdem, ob man das Augenmerk richtet auf die psychopathische Natur der Bilder oder auf die von ihnen zur Gesundheitsbreite überleitenden graduellen Abstufungen.

Dieser letzte Umstand bedingt gerade die theoretische Bedeutung der genannten Zustände, indem er die oft betonte degenerative Natur des manisch-depressiven Irreseins illustriert und dartut, wie seine verschiedenen schwereren und schwersten Erscheinungsformen am Ende einer Reihe von Krankheitszuständen stehen, deren Anfangsglieder sich unmerklich aus Typen des gesunden Lebens heraus differenzieren.

Wo die Haupttypen des manisch-depressiven Irreseins, die Depression, die manische Erregung und der mehr oder weniger regelmäßige Wechsel zwischen diesen beiden Zuständen dauernd in leichtester Form bestehen, da ist die in der Persönlichkeit begründete Anlage zu der Krankheit dauernd manifest. Somit kann man Zyklothymie, konstitutionelle Erregung und konstitutionelle Verstimmung als drei Formen der manisch-depressiven Konstitution bezeichnen.

Der praktische Wert aber der Erkenntnis von der psychotischen Natur auch der leichtesten Formen liegt in ihrer Bedeutung für die Prognosenstellung. Man wird, wenn man die Diagnose einer konstitutionellen Erregung oder Verstimmung gestellt hat, gut tun, nicht einfach zu sagen: psychopathische Persönlichkeit, also muß mit einem dauernden Bestehenbleiben der Störungen gerechnet werden, sondern man wird immer an die Möglichkeit denken, daß sich das Bild einmal wieder wesentlich ändern kann.

Die eben erwähnte Kontinuität zwischen Krankheit und Gesundheit kommt auch in den Fällen der zweiten Gruppe (Fälle II, III und IV) zum Ausdrucke, bei denen, wie wir sahen, eine manische Erregung allmählich aus einer noch in der Gesundheitsbreite liegenden persönlichen Eigenart herauswächst. Auch der Kranke in Beobachtung XI, bei dem die konstitutionelle Erregung erst im vierten Jahrzehnt deutlich wird, läßt diesen Zusammenhang erkennen.

Eine einheitliche, allen Fällen gerecht werdende Schilderung vom Symptombilde der chronischen Manie zu geben, ist, wie ich im vorstehenden gezeigt zu haben glaube, nicht möglich. Es gibt



verschiedene Typen chronisch manischer Zustände, die sich aber im wesentlichen nur durch den Verlauf und den Grad der manischen Störungen unterscheiden. Sie sind deshalb untereinander nicht wesentlich verschieden, sondern die zwischen ihnen bestehenden symptomatischen Unterschiede lassen sich zurückführen auf die Vielgestaltigkeit des manischen Symptomenkomplexes überhaupt.

Dabei lassen sich aber doch einige allgemeine Merkmale feststellen, die sich anscheinend häufiger bei chronisch verlaufenden als bei akuten Formen finden. Zunächst ist da das Zurücktreten der motorischen Erregung zu erwähnen; dann das auch von *G. Specht* hervorgehobene Überwiegen der räsonnierenden und querulierenden Stimmungsnuancen. Wo ausgeprägte Wahnbildungen bestehen, da pflegen die Verfolgungsideen, soweit sie überhaupt über einen allgemeinen Beeinträchtigungswahn hinausgehen, sehr zurückzutreten gegenüber den Renommistereien und wirklichen Größenideen. Wo beide Formen der Wahnideen nebeneinander vorkommen, da findet jedoch keine Systematisierung statt; höchstens gelegentlich und auf Höhepunkten der Erregung sieht man ganz vorübergehend einen Ansatz dazu, wie überhaupt die inhaltlichen Störungen eine deutliche Abhängigkeit von den Schwankungen der Affektlage zeigen. Bei dem erwähnten Vorwiegen der räsonnierenden Stimmungslagen ist ein querulatorischer Zug den Kranken häufig eigen. Eine eigentliche Ideenflucht findet sich naturgemäß nur in den deutlich psychotischen Zuständen.

Auch die leichtesten Fälle zeigten aber meist in einer leichten Ablenkbarkeit und Weitschweifigkeit [1]) die ersten Anfänge einer solchen formalen Denkstörung. Erinnerungsfälschungen sind häufig.

Depressionszustände von längerer Dauer waren bei den beiden zirkulären Fällen vorgekommen. Auch von den übrigen Kranken hatten einige wenige gelegentlich eine Depression gehabt; nicht immer war es jedoch dabei klar, ob es sich um streng endogene psychotische

[1]) Es wäre wichtig, festzustellen, wie sich das Symptom der Weitschweifigkeit, das solche Fälle zeigen, von der bei Epileptikern und vielen „Degenerierten“ vorkommenden Störung dieser Art unterscheiden läßt.





Verstimmungen oder um vorübergehende reaktive Schwankungen bei sehr labiler Affektlage gehandelt habe. Im ganzen genommen muß gesagt werden, daß bei den hier betrachteten chronisch manischen Fällen Depressionszustände sehr zurücktraten.

Eine weitere Eigentümlichkeit von vielen unserer Fälle sind Schwankungen in der Intensität der manischen Symptome. Neben leichten Steigerungen und Nachlassen der Erscheinungen traten dann bei einigen der Fälle von konstitutioneller Erregung zwischendurch ausgesprochene manische Psychosen von längerer oder kürzerer Dauer auf. Wir bemerkten, daß diese ausgeprägt psychotischen Exazerbationen erst in späteren Jahren, frühestens gegen das 30. Lebensjahr, sich zeigten. Bei einigen der Fälle von konstitutioneller Erregung waren Schwankungen nicht bemerkbar. Das Krankheitsbild erhielt zum Teil dadurch mit den eigenartigen Charakter größerer Geschlossenheit und Ruhe.

Soweit in den Anamnesen der Kranken Angaben über diesen Punkt enthalten waren, war zu bemerken, daß die Patienten meist schon, bevor sich der leicht manische Symptomenkomplex erkennen ließ, unbestimmte psychopathische Züge geboten hatten. Fast überall, wo das leicht manische Bild erst in vorgerücktem Alter aufgetreten war, hieß es, die Kranken seien von jeher expansive Naturen gewesen.

Bemerkenswerterweise spielt die erbliche Belastung eine große Rolle. Von den 19 Patienten zeigten sie 13, und zwar waren bei vier derselben ähnliche Psychopathien bei Eltern oder Geschwistern vorgekommen, wie sie die Kranken zeigten.

Von der Häufigkeit chronisch manischer Zustände kann man sich deshalb schwer einen Begriff machen, weil solche Kranke, namentlich die leichten Fälle, offenbar verhältnismäßig selten in die Anstalten kommen. Gerade die leichten Formen, die Fälle von konstitutioneller Erregung, scheinen recht häufig zu sein. Zum Psychiater kommen sie wohl erst dann, wenn die Kranken in ernstere und dauernde Konflikte geraten. Die chronischen psychotischen Formen dagegen sind offenbar ziemlich selten.

Über die Prognose chronisch-manischer Zustände kann ich auf Grund des mir zur Verfügung stehenden kleinen Materials nichts Endgiltiges sagen. Es liegt jedenfalls nahe, anzunehmen, daß chronische Erregungen in ausgesprochen zirkulären Fällen nach langer Dauer



auch wieder einmal in Heilung übergehen können. Daß man diese Möglichkeit auch für die leichtesten Formen, für die Fälle von konstitutioneller Erregung, annehmen muß, habe ich bereits oben ausgeführt. Freilich scheinen gerade diese leichten Formen besonders die Neigung zu haben, als dauernde Eigentümlichkeit zu bestehen, und es gehört eine Heilung hier wie dort wohl zu den Seltenheiten.

Eine besondere Beachtung verdient die Differentialdiagnose chronisch-manischer Zustände, ihre Abgrenzung gegen andere Formen des Irreseins.

Ich lasse dabei die Fälle außer acht, in denen sich ein eigenartiger, wie ein psychischer Schwächezustand aussehender chronischer Erregungszustand bei Manisch-Depressiven nach langer Dauer der Krankheit entwickelt, Fälle also, wie sie *Schott* in seiner mehrfach erwähnten Arbeit beschrieben hat. Es handelt sich bei ihnen, wie *Schott* auch ausführlich erörtert, hauptsächlich um die Abgrenzung gegenüber den Endzuständen der Dementia praecox. Ich habe schon oben dargelegt, daß ich die Entscheidung, ob hier wirklich unheilbare Schwächezustände vorliegen, vorläufig nicht für spruchreif halte. Es bedarf dazu einer größeren Kasuistik und vor allem vergleichender Untersuchungen aller möglichen anderen Zustandsbilder im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins, bei dem wir ja heilbare, eine psychische Schwäche vortäuschende Phasen nicht selten finden.

Wie *G. Specht* in seinem mehrfach zitierten Aufsatz über „Chronische Manie und Paranoia" ausführt, kommen nun Verwechslungen chronisch manischer Zustände mit der Paranoia oft vor. Auch in den Vorgeschichten der von mir mitgeteilten Fälle war dieser Irrtum häufig anzutreffen. Er beruht wohl wesentlich auf einer zu weiten und verschwommenen Fassung des Paranoiabegriffs. Von der Paranoia im Sinne *Kraepelins* unterscheiden sich die chronisch-manischen Fälle mit Wahnideen — ich brauche da nur auf die von *Specht* entwickelten Kriterien hinzuweisen — zunächst durch das Fehlen eines geschlossenen Wahnsystems. Weiter führt *Specht* als unterscheidende Merkmale der chronischen Manie an, daß bei ihr lebhaftere Stimmungsanomalien das Bild beherrschen als bei der Paranoia, weshalb die wahnhaften Ideen Chronisch-Manischer „mehr den Stempel der unmittelbar aus der Leidenschaft geborenen Urteilsentgleisungen" tragen. Schließlich finde bekanntlich bei Paranoikern eine Emanzipation der



Wahnideen von dem sie erzeugenden Affekte statt, und es werde das frühere Vorhandensein eines unzweifelhaft manischen Erregungszustandes und spätere Auftreten vermeintlich paranoischer Wahngedanken die Diagnose in die rechte Bahn leiten. Wenn ich auch sagen muß, daß dieses letzte Kriterium nur in manchen Fällen anwendbar sein wird, so hat es doch sicher differentialdiagnostischen Wert. Gewicht ist dann ferner zu legen auf etwa vorhandene leichte Erscheinungen einer formalen Denkstörung (Weitschweifigkeit), auf das starke Überwiegen der Größenideen, auf den nach allen Seiten und nicht nur in der Richtung des Wahnes sich offenbarenden Betätigungsdrang.

In neuester Zeit hat nun *G. Specht* die Behauptung aufgestellt, auch die Paranoia gehöre in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins. Es geschah das flüchtig in einer Diskussionsbemerkung [1]),; den Nachweis für die Richtigkeit seiner Ansicht hat *Specht* in Aussicht gestellt.

Nächst der Paranoia sind es gewisse paranoide Formen der Dementia praecox, die zu Verwechslung mit chronisch-manischen Erregungen Anlaß geben können. Ich denke hier weniger an die Ähnlichkeit mit solchen Bildern, welche die chronische Manie bei Imbezillen erzeugen soll (*G. Specht*), als an gewisse chronische Zustände in vorgerückten Stadien paranoider Verblödungspsychosen, wie man sie in Pflegeanstalten nicht selten sieht: die Kranken erscheinen geordnet, zugänglich und entgegenkommend, sind euphorisch, erotisch, man kann bei Wahl eines indifferenten Themas sich längere Zeit geordnet mit ihnen unterhalten; dabei sind sie jedoch erfüllt von abstrusen Wahnvorstellungen, besonders von Beeinflussungsideen, geben ihnen in un-

[1]) Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 64 S. 684. In dem mittlerweile erschienenen und auf S. 39 Anm. 1 zitierten Aufsatze begründet *Specht* diese Auffassung etwas näher. Sicher wird man bei Sammlung und Studium eines großen kasuistischen Materials — und das muß durchaus die Grundlage aller weiteren Erörterungen sein — dazu kommen, manche Formen „echter" Paranoia im Sinne *Spechts* zu deuten; aber ich glaube, daß doch eine große Gruppe von Paranoia-Psychosen sui generis übrigbleiben wird, die man vielleicht am richtigsten als Ausdruck einer vorzeitigen psychischen Rückbildung auf Grund eigenartiger abnormer Anlage auffaßt. Die „echte" Paranoia scheint sich stets in vorgerücktem Lebensalter zu entwickeln — eine Tatsache, die entschieden viel größere Beachtung verdient, als ihr gemeinhin zuteil wird.



sinnigen Wortneubildungen Ausdruck, verkennen die Personen der Umgebung, sind untätig. Die letztgenannten Symptome sowie der progrediente Verlauf geben die hauptsächlichsten differentialdiagnostischen Merkmale ab.

Mannigfacher als die symptomatischen Beziehungen der schwereren, psychotischen chronisch-manischen Bilder zu andern psychopathischen Zuständen sind die der leichtesten Fälle, die wir als konstitutionelle Erregung bezeichnen. Schon die allgemein bekannte Tatsache, daß leichte, dauernde psychische Anomalien sich mannigfach miteinander kombinieren können — eine Tatsache, auf die zum guten Teile die ungeheure, vorläufig aller scharfen Sonderung in Gruppen spottende Vielgestaltigkeit der sogenannten psychopathischen Minderwertigkeiten zurückzuführen ist —, schon diese Tatsache macht die vielseitigen Beziehungen der konstitutionellen Erregung zu dem Gebiete der Grenzzustände von vornherein begreiflich. Die auch bei einzelnen von unseren Fällen zutage tretende Vergesellschaftung des leichtesten manischen Symptomenkomplexes mit psychogenen Erscheinungen weist besonders auf die hier möglichen Kombinationen hin. Es muß jedoch die Frage der Beziehungen der konstitutionellen Erregung, wie besonders auch die der übrigen konstitutionellen manisch-depressiven Zustände zu dem, was wir Hysterie nennen, als Gegenstand besonderer klinischen Studien aus dem Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgeschieden werden.

Wir müssen ganz allgemein als Richtschnur für die Abgrenzung der konstitutionellen Erregung das für die manische Erregung charakteristische Nebeneinanderbestehen der Störungen auf gemütlichem, psychomotorischem und intellektuellem Gebiete nehmen, sowie vor allem den Umstand, daß das Handeln der Patienten als der A u s f l u ß e i n e r e n d o g e n e n E r r e g u n g erscheint. Freilich müssen wir dabei mit der Erregbarkeit der manischen Kranken und der dadurch auch bei ihnen bedingten Abhängigkeit von den Einflüssen des Milieus rechnen. Aber dieser Einfluß wird sich, wenn er beruhigend ist, doch nur in einer Milderung der Erscheinungen äußern; es wird auch dann bei eingehender Untersuchung möglich sein, sie nachzuweisen.

Das eben erwähnte Moment fällt differentialdiagnostisch besonders ins Gewicht, wenn es sich um die Unterscheidung einer konstitutio-







nellen Erregung von einer einfachen psychopathischen Haltlosigkeit handelt. Bei Haltlosen finden wir ja auch oft eine euphorische Stimmungslage, und im Verein damit kann die unstete Lebensführung, können, als Folgen einer erhöhten gemütlichen Erregbarkeit, affektiv bedingte Konflikte mit der Umgebung den Verdacht auf einen manischen Zustand leichtester Art erwecken.

Wichtig ist ferner die Abgrenzung der konstitutionell Erregten nach den krankhaften Querulanten hin, soweit sie nicht in die Gruppe des Querulantenwahnsinns gehören. Bekanntlich hat *Kraepelin* solche Fälle als Pseudoquerulanten bezeichnet. Er gibt zu, daß dieser Begriff möglicherweise keine einheitliche Gruppe umfaßt, und in der Tat muß ich mit Autoren wie *Bonhöffer* [1]) und *Heilbronner* [2]) bezweifeln, daß diese Aufstellung eines Krankheitsbegriffes nach rein negativen Gesichtspunkten ein Gewinn ist; bei genauerer Betrachtung zeigt sich, daß unter dieser Rubrik recht verschiedenartige Bilder zusammengefaßt werden können. *Kraepelin* versteht unter seinen Pseudoquerulanten von Hause aus rechthaberische, zanksüchtige und erregbare Leute, die auf Grund dieser krankhaften Eigenart querulieren, ohne daß es jedoch zur Bildung eines Wahnsystems käme, ohne daß die einzelnen Streitigkeiten miteinander in innigen Zusammenhang gebracht würden. Wo ein manischer Symptomenkomplex so deutlich, wenn auch in leichtestem Grade, ausgeprägt ist, wie bei dem querulierenden Patienten im Fall VII meiner Beobachtung, da wird man differentialdiagnostische Bedenken in der fraglichen Richtung nicht hegen. Man wird umgekehrt überall da von einer konstitutionellen Erregung nicht reden, wo das krankhafte Querulieren erkennbar Reaktion eines prädisponierten Psychopathen auf einen äußeren Reiz oder, wie es meist in solchen Fällen zu sein pflegt, auf eine Summe von äußeren Reizen ist. Es kann sich bei solchen Menschen für einige Zeit ein vollkommen „querulatorisches" Treiben entwickeln; das hört aber auf, wenn die Leute zur Ruhe kommen — sei es dadurch, daß sie in eine andere Umgebung versetzt werden, oder dadurch, daß sie

[1]) *Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.

[2]) *Heilbronner*, Hysterie und Querulantenwahn. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Jahrg. XXX.





schließlich im wesentlichen doch Recht bekommen. Sie korrigieren allerdings auch dann meist nicht vollkommen; die Beeinträchtigungsideen, die Vorstellungen, allein Recht gehabt, niemandem Unrecht getan zu haben, bleiben bestehen. Aber sie üben keinen Einfluß mehr auf das Handeln dieser Psychopathen aus; die Leute bescheiden sich, sobald ein einigermaßen erträglicher Zustand geschaffen ist, und es hängt von ihren weiteren Schicksalen ab, ob sie wieder zu querulieren anfangen. Überall da aber, wo bei sogenannten Pseudoquerulanten das endogene Moment als Ursache ihrer beständigen Querelen in den Vordergrund tritt, ist die Diagnose der konstitutionellen Erregung zu erwägen; sie wird auch in diesen Fällen davon abhängen, ob neben dem endogen bedingten und auch als Komponente des manischen Symptomenkomplexes vorkommenden Symptom des Querulierens noch dessen andere Erscheinungen vorliegen.

Daß manche Fälle, die gemeinhin der sogenannten moral insanity zugerechnet werden, in das Gebiet der konstitutionellen Erregung oder manischen Verstimmung gehören, darauf hat *Jung* aufmerksam gemacht. Er betont auch, wie oft man überhaupt bei Individuen aus der genannten Gruppe ein sanguinisches Temperament findet, und weist besonders auf die Fälle hin, von denen ein periodischer oder zyklischer Verlauf mit freien Intervallen und paroxysmatischen Steigerungen behauptet werde. Der Fall IX meiner Beobachtung zeigt, wie bei einem konstitutionell erregten Kinde „moralische Idiotie" diagnostiziert wurde, während die Beobachtung in der Klinik das Bestehen eines leichtesten manischen Symptomenkomplexes dartat.

Die Beziehungen der konstitutionellen Erregung zu den Fällen von moral insanity erinnern daran, daß junge Leute im Anschlusse an die Pubertät bisweilen längere Zeit hindurch ihren Angehörigen und Erziehern durch eine große Ausgelassenheit und Widerspenstigkeit, durch eine weit über das physiologische Maß hinausgehende und allen erzieherischen Einwirkungen trotzende Neigung zu tollen Streichen und kriminellen Handlungen erhebliche Schwierigkeiten machen. In ihrem Gebahren scheint sich ein ungezügelter Tatendrang auf bedenklichen Wegen zu entladen, ihren Streichen liegt vielfach die Sucht zugrunde, den Erwachsenen es nachzutun und durch Großtuerei zu imponieren. Diese Erscheinungen gehen nach längerer, bis mehrjähriger Dauer vorüber, und die betreffenden Individuen





brauchen anscheinend fernerhin durchaus keinerlei psychopathischen Züge mehr zu zeigen. Es scheint mir, daß es sich in solchen Fällen um eine Entwicklungsstörung handelt, um eine abnorm starke Ausbildung und abnorm lange Andauer von physiologischerweise in der Pubertätszeit auftretenden psychischen Erscheinungen. Man könnte von „protrahierten Flegeljahren" reden. Vielleicht gehören manche Fälle von „Heboid" hierher. Man wird hier in praxi oft im Zweifel darüber sein, ob man es mit konstitutionell Erregten zu tun hat, und erst der weitere Verlauf, der in diesem Falle wahrscheinlich eine Steigerung der Symptome, in jenem ihr Verschwinden bringen wird, kann entscheiden.

Auf die Zugehörigkeit mancher Fälle, auf die *Kahlbaums* Schilderung vom Heboid paßt, zu chronisch-manischen Zuständen hat *Heilbronner* kürzlich hingewiesen [1]).

Was das Verhältnis unseres Krankheitsbildes zur Hysterie anlangt, so gab schon die Kranke in Beobachtung X Anlaß zu der Bemerkung, daß manche Fälle, die man gewöhnlich unter den umstrittenen Begriff des hysterischen Charakters subsumiert, richtiger der konstitutionellen Erregung zugerechnet werden.

Man vergleiche hierzu das auf Seite 99f. Gesagte. Besondere Schwierigkeiten werden sich ergeben, wenn zu den Erscheinungen einer konstitutionellen Erregung sich psychogene Symptome in größerer Zahl gesellen, wie sie zweifellos häufig bei der konstitutionellen Verstimmung vorkommen. Es würde zu weit führen und würde eigens auf die Ergründung solcher Fälle gerichtete Studien voraussetzen, wenn ich hierauf näher eingehen wollte. Doch scheint mir die Sache für die Auffassung und Umgrenzung der Hysterie von Wichtigkeit zu sein. Hier ist auch der Ort, auf das Auftreten von dämmerzustandartigen transitorischen Psychosen hinzuweisen, das wir in zwei Fällen von konstitutioneller Erregung (Fall VII meiner Beobachtung und Fall IV von *Jung*) feststellen konnten. Es ist möglich, daß es sich da um psychogene Dämmerzustände gehandelt hat.

Wenn ich schließlich noch erwähne, daß die Diagnose der konstitutionellen Erregung auch bei der klinischen Deutung krank-

[1]) Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 63 S. 596.



hafter Schwindler in Frage kommen kann, so glaube ich die wichtigsten differentialdiagnostischen Beziehungen erörtert zu haben. *Kraepelin*[1]) führt als unterscheidende Merkmale in der letzterwähnten Richtung an die bei manchen konstitutionell Erregten deutlich hervortretende psychomotorische Erregung, ihre Ablenkbarkeit, Redseligkeit und Unternehmungslust, während die liebevolle Erdichtung von Einzelheiten, eine üppige, aber ohne Erregung fließende Erfindungsgabe, die geschickte Ausnutzung menschlicher Schwächen mehr der Eigenart des geborenen Schwindlers entsprächen. Daß auch die nach *Kraepelin* bei konstitutionell Erregten zu beobachtenden zeitlichen Schwankungen in der Neigung zum Schwindeln differentialdiagnostisch ins Gewicht fallen, wie er annimmt, kann ich nicht zugeben; sie zeigen gerade auch die an Pseudologia phantastica Leidenden oft in sehr ausgesprochenem Maße. Dagegen hat das Schwindeln bei konstitutionell Erregten einen stark renommistischen Anstrich und dient mehr als bei den andern Kranken einem praktischen Zwecke.

[1]) *Kräpelin*, Lehrbuch II., VII. Auflage S. 836.

---

# Über Dementia praecox auf dem Boden der Imbezillität.

Von

Dr. **W. Plaskuda,** Arzt an der Brandenburgischen Idiotenanstalt Lübben N.-L.

In der Brandenburgischen Idiotenanstalt zu Lübben, die mit nichtbildungfähigen Idioten und andern Geisteskranken aller Art belegt ist, befindet sich auf den Frauenabteilungen eine größere Anzahl von zumeist abgelaufenen Fällen von Dementia praecox, die im Laufe der Jahre von den andern Provinzialanstalten hierher überführt worden sind. Bei Durchsicht der betreffenden Fälle, die etwa 100 an der Zahl betragen, fiel mir eine Anzahl auf, wo sich die Psychose auf dem Boden der Imbezillität entwickelt hat. Ich fand im ganzen 15 Fälle, aus deren Anamnese hervorgeht, daß die betreffenden von Jugend auf beschränkt waren oder schwer gelernt haben, oder daß sie einen schwachsinnigen Eindruck machten. Bisher ist eine solche Zusammenstellung noch nicht erfolgt, nur *Weygandt*[1]) hat sich in einer Arbeit mit dieser Frage genauer beschäftigt, stützt sich aber nur auf sechs Fälle, von denen anscheinend nur vier — es fehlen genauere Angaben — sich längere Zeit in Anstalten befanden. *Weygandt* kommt zu dem Ergebnis, daß die drei Hauptformen der Dementia praecox, Hebephrenie, Katatonie und paranoische Demenz, bei Individuen vorkommen können, die von Jugend auf imbezill waren, und lehnt es ab, daß in diesen Fällen die Dementia praecox, wie *Kraepelin*[2]) dies gern möchte, schon in der Kindheit begonnen habe. Die imbezille Veranlagung habe vielmehr in diesen Fällen nicht mehr zu bedeuten wie

[1]) *Weygandt,* Idiotie und Dementia praecox. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns, 1907 Bd. I S. 311 ff.

[2]) *Kraepelin,* Psychiatrie, 7. Aufl. Bd. II S. 852.





eine psychopathische Anlage überhaupt. Dieser Ansicht sind auch *Jahrmärker* und *Bleuler*[1]), die sich in dem Referat über Endzustände der Dementia praecox, aber nur ganz beiläufig, über diese Frage äußern, worauf ich noch später zurückkomme.

Ich halte es daher für angebracht, einmal an der Hand einer größeren Reihe von alten Fällen den Verlauf und Ausgang dieser sog. Pfropfhebephrenien zu betrachten, zumal auch in dem eben erschienenen großen Werke von *Urstein* über die Dementia praecox derartige Fälle nicht berücksichtigt sind.

Ich lasse dieselben möglichst kurz folgen, wobei ich besonderen Wert auf den Endzustand lege:

Fall 1. Bertha D., 34 Jahre. Beginn der Erkrankung mit 26 Jahren, Dauer 9, Anstaltsaufenthalt 6½ Jahre.

Kam in der Schule schlecht fort, war vergeßlich, schwächlich, blutarm. Eintritt der Menstruation mit 17 Jahren. Seit 1900 verändert, zog sich von der Umgebung zurück, arbeitete nicht mehr, glaubte sich verfolgt, wollte nach Berlin an den Kaiser telegraphieren. Nach vorübergehender Erregung stuporös, verweigert die Nahrung, verbigeriert dann viel, halluziniert dauernd. Seit etwa drei Jahren Zustand von Sprachverwirrtheit. Spricht dauernd verwirrt und manieriert, so daß eine Verständigung mit der Patientin nicht möglich ist. Zum Beispiel: Wie alt? „Wir haben im Schrank zwei ältliche Tassen". Stadt hier? „Sorau, Station, Madam war noch Mod'." Weiter: „Sie schwuppte sehr die Beere." Patientin ist seitdem auch völlig interesselos, unsozial, zotig, unsauber, bedarf beständiger Überwachung.

Diagnose: Dementia praecox (katatonische Form) mit Ausgang in Sprachverwirrtheit.

Fall 2. Ida G., 30 Jahre. Beginn der Erkrankung mit 24 Jahren, Anstaltsaufenthalt 6½ Jahr.

Vater war Trinker, zwei Brüder desgleichen. Machte bereits vorher einen beschränkten Eindruck. Menstruiert seit dem 16. Jahre. Erkrankte 1903 sieben Wochen nach der Entbindung mit heftiger Erregung und Sinnestäuschungen, war sehr gewalttätig, beruhigte sich bald. Zeigt dann stets ein albernes, kindisches Verhalten, äußert gelegentlich Wahnideen, ist zeitweise sehr widerstrebend. Jetziger Zustand seit etwa vier Jahren gleich: läppisch, zerfahren, äußert unzusammenhängende Wahnideen, in ihren Äußerungen ganz zerfahren und meistens verworren, spricht zeit-

[1]) Siehe Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin 1908 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, 1908, 65. Bd. S. 427 ff.



weise vor sich hin und schimpft. Ist sonst ganz gleichgültig, bettsüchtig, bekümmert sich nicht um die Umgebung.

Diagnose: Dementia praecox (hebephrenische Form) mit Ausgang in faselige Verblödung.

Fall 3. Martha S., 26 Jahre. Beginn mit 18 Jahren, Anstaltsaufenthalt 7 Jahre.

War als Kind schwächlich, lernte schwer, konnte nichts behalten, war schwach im Kopf. Menstruation erst mit 18 Jahren. Nach vorübergehender manischer Erregung seit 1902 dauernd stumpf, blöde, unrein. Jetziger Zustand: lacht blöde, benimmt sich läppisch, ist ganz zerfahren, beantwortet nur einzelne Fragen richtig, spricht sonst verworren. Andeutungen von katatonischen Eigentümlichkeiten wie: zeitweises Grimassieren und ein widerstrebendes Verhalten. Zu irgendwelcher Beschäftigung unfähig.

Diagnose: Dementia praecox (hebephrenische Form) mit Ausgang in faselige Verblödung.

Fall 4. Minna Sch., 44 Jahre. Beginn mit 37 Jahren, Aufenthaltsdauer 7 Jahre.

Vater war Trinker. Hat in der Schule schlecht gelernt und schwer begriffen. Menstruation mit 15 Jahren. Seit 1902 erregt, führte wirre Reden, hörte Stimmen, glaubte sich verfolgt und bestohlen. Seit 1902 dauernd unzugänglich, unsauber. Ist seitdem auch ganz zerfahren, zeigt ein albernes, blödes Verhalten, ist völlig asozial. Verständigung nicht möglich.

Diagnose: Dementia praecox (Form?) mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 5. Marie I., 41 Jahre. Beginn mit 20 Jahren, Anstaltsaufenthalt 2 Jahre.

Blieb körperlich und geistig zurück, lernte auf der Schule fast gar nichts. Beginn der Menstruation unbekannt. Seit Beginn der zwanziger Jahre „Apathie mit unmotivierten Zornesausbrüchen", äußerte vorübergehend Wahnideen. Weiter ist über die Zwischenzeit nichts bekannt. Seit 1907 immer abweisend, spricht nur wenig, schimpft zeitweise vor sich hin infolge von Sinnestäuschungen, bekümmert sich sonst gar nicht um die Umgebung, arbeitet still für sich etwas auf der Station.

Diagnose: Dementia praecox (hebephrenische Form) mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 6. Auguste St., 71 Jahre. Beginn der Erkrankung mit 33 Jahren, Aufenthaltsdauer 14 Jahre.

Patientin war stets schwachsinnig, putzsüchtig und eingebildet. Eintritt der Menstruation unbekannt. Erste Störung 1871 im Wochenbett; 1877, 1883, 1888, 1891 wegen Geisteskrankheit in Behandlung. War erregt, führte wirre Reden, hörte Stimmen, äußerte Größenideen. Seit



1906 völlig verblödet, spricht unverständlich vor sich hin, benimmt sich läppisch, befolgt keinerlei Aufforderungen, antwortet auf Fragen mit unverständlichem Gemurmel.

Diagnose: Dementia praecox in Schüben mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 7. Friederike E., 57 Jahre. Beginn mit 23 Jahren, Anstaltsaufenthalt 31 Jahre.

Vater starb an Paralyse, ein Bruder schwachsinnig. Patientin war von Geburt an schwerhörig, lernte erst mit 5 Jahren sprechen, lernte auf der Schule nur wenig. Eintritt der Menstruation unbekannt. Seit 1875 erkrankt, vernachlässigte die Arbeit, lachte vor sich hin, sprach verwirrt, äußerte Größenideen, trieb sich umher. Zeigte in der Anstalt ein blödes, albernes Verhalten, arbeitete aber in den ersten Jahren noch etwas, schimpfte manchmal vor sich hin. Seit 1900 zu irgendwelcher Beschäftigung unfähig. Ist jetzt ganz stumpf, blöde, albern; spricht unverständlich, schimpft zeitweise, hat eigentümliche Manieren, man kann sich nicht mit ihr verständigen.

Diagnose: Dementia praecox (hebephrenische Form) mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 8. Friederike U. 32 Jahre, Krankheitsdauer 4 Jahre, Anstaltsaufenthalt 3 Jahre.

War immer etwas schwachsinnig, lernte auf der Schule nicht viel. Menstruation mit 17 Jahren. Seit 1905 vergeßlich, träumte viel vor sich hin, war zeitweise erregt und gewalttätig. Wahnideen und Sinnestäuschungen sind nicht hervorgetreten. Ist seit der Aufnahme in die Anstalt dauernd stumpf, gleichgültig, im Äußern unordentlich, bekümmert sich um nichts und spricht nur wenig.

Krankheitsform und Ausgang wie oben.

Fall 9. Marie H., 35 Jahre. Dauer 9 Jahre, Aufenthaltsdauer 8 Jahre.

Ist in der Schule mehrfach sitzen geblieben, Rechnen und Religion fielen ihr sehr schwer. Eintritt der Menstruation nicht bekannt. Seit April 1901 erkrankt, tat nichts mehr, wurde gleichgültig, schimpfte zeitweise. Ist die ganzen Jahre seit der Aufnahme albern, läppisch, sitzt untätig da, antwortet auf Fragen nur wenig, bekümmert sich um nichts. Manchmal spricht sie vor sich hin und schlägt in die Luft. Ist unsauber.

Form und Ausgang wie oben.

Fall 10. Marie B., 34 Jahre. Dauer 13 Jahre, Anstaltsaufenthalt desgleichen.

Vater war Trinker. Lernte nur wenig, war immer etwas eigensinnig. Rechnen ging besonders schlecht, wollte nie recht arbeiten. Eintritt der Menstruation unbekannt. Erkrankte 1895 mit Erregung, halluzinierte, war sehr erotisch. Ist seitdem mit Unterbrechungen erregt, immer läppisch, zeitweise gewalttätig. Allmählich eintretende Verblödung. Seit den





letzten drei Jahren stumpf, spricht nur wenig, bekümmert sich um nichts, nur selten einmal erregt. Zeigt ein albernes, blödes Verhalten, so daß sich niemand mit ihr verständigen kann.

Form und Ausgang wie oben.

Fall 11. Margarete P., 30 Jahre. Dauer 5 Jahre, Aufenthaltsdauer 4 Jahre.

Vater starb im Delirium. Patientin war leicht erregbar und lernte nur wenig. Eintritt der Menstruation unbekannt. Seit 1904 krank, glaubte sich verfolgt, äußerte Größenideen, wurde gleichgültig, zeigte ein geziertes Wesen, war zerfahren. Zeigt seit etwa 2 Jahren ein läppisches, blödes Verhalten, spricht nur wenig, verharrt oft lange in gezwungenen Stellungen, hat eigentümliche Manieren, ist sehr unsauber. Sprache geziert. Strickt ab und zu etwas.

Diagnose: Dementia praecox (katatonische Form) mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 12. Emma W., 38 Jahre. Krankheitsdauer 12 Jahre, Aufenthaltsdauer 12 Jahre.

Lernte nur notdürftig Lesen und Schreiben. Eintritt der Menstruation unbekannt. Seit 1897 verändert, arbeitete nicht mehr, lärmte in der Wohnung, glaubte sich verfolgt, verweigerte die Nahrung, wurde plötzlich gewalttätig. Zeitweise stark gehemmt und gespannt. Seit mehreren Jahren zerfahren, antwortet auf Fragen nur mit unverständlichem Gemurmel, man kann sich nicht mit ihr verständigen. Aufforderungen befolgt sie nicht, Manchmal haut sie plötzlich zu, sonst ist sie völlig teilnahmlos, nimmt häufig eine gezwungene Haltung an.

Form und Ausgang wie oben.

Fall 13. Minna S., 19 Jahre. Krankheitsdauer $^5/_4$ Jahre. Anstaltsaufenthalt 1 Jahr.

Lernte schwer, war sehr langsam und vergeßlich, machte auf die Umgebung einen geistesschwachen Eindruck. Seit April 1908 Sinnestäuschungen, hörte ein Telephon im Keller gehen, war sehr verworren, äußerte Suizidabsichten, lag zusammengekauert da, aß kaum. Hier häufig stuporös, spricht nicht, widerstrebt den Maßnahmen, läßt unter sich, sitzt in starrer Haltung da. Arbeitet vorübergehend etwas.

Diagnose: Dementia praecox (Katatonie). Ausgang noch nicht abzusehen, wahrscheinlich ungünstig.

Fall 14. Anna S., 37 Jahre. Dauer 16 Jahre, Aufenthaltsdauer 15 Jahre.

War stets körperlich und geistig schwach, blieb in der Schule zurück. Seit 1892 „phlegmatisch“, benahm sich läppisch, trieb sich umher. Seit 1895 in demselben Zustande, lacht blöde vor sich hin, sitzt untätig da. Aufforderungen befolgt sie nicht, manchmal spricht sie einige unverständliche Worte vor sich hin. Verständigung nicht möglich. Sie wird manchmal



plötzlich aggressiv, zeigt Bewegungsstereotypien, steht manchmal lange auf einem Fleck, reißt sich manchmal die Haare aus.

Diagnose: Dementia praecox (Katatonie) mit Ausgang in stumpfe Verblödung.

Fall 15. Alma H., 31 Jahre. Seit dem 16. Jahre geisteskrank. Aufenthaltsdauer 4 Jahre.

Eltern nahe verwandt. Lernte in der Schule schlecht, der Lehrer hielt sie für geistesschwach. Seit 1894 erregt, halluzinierte, wurde gewalttätig. Kam in Anstaltsbehandlung, wurde nach einem Jahre gebessert entlassen. 1906 wieder aufgenommen. War erregt, äußerte wechselnde Wahnideen, zeigte ein läppisches Wesen, verbigerierte, machte stereotype Bewegungen, saß oft lange in starrer Haltung da. Seit 1908 völlig verblödet, liegt zu Bett, spricht unverständlich vor sich hin, ist ganz teilnahmlos. Verhält sich widerstrebend, grimassiert manchmal, liegt oft in starrer Haltung da. Ist an Lungentuberkulose erkrankt.

Form und Ausgang wie oben.

Wenn ich nun die mitgeteilten Beobachtungen zusammenfasse, so ergibt sich zunächst, daß in allen 15 Fällen unzweifelhaft ein angeborener Schwachsinn mäßigen Grades vorliegt. Wir finden überall in den Krankengeschichten die Bemerkung, daß die Patienten schwer gelernt haben, daß ihnen das Rechnen schwer fiel, daß sie in der Schule sitzen blieben, oder daß sie von den Lehreren oder von ihrer Umgebung für geistesschwach gehalten wurden. Auf dem Boden dieser Imbezillität hat sich dann früher oder später eine Dementia praecox entwickelt, und zwar meist in dem Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Bei einer Patientin ist die Erkrankung erst mit 37 Jahren aufgetreten. Zum größten Teil sind die Kranken schon lange in Anstalten, nur fünf weniger als sechs Jahre, davon eine nur 1 Jahr. Ich glaube daher, daß das vorliegende Material immerhin ganz wertvoll ist. Zur besseren Übersicht folgt eine Tabelle über Alter, Krankheits- und Aufenthaltsdauer derselben (s. folgende Seite).

Der Verlauf der Psychosen ist nicht wesentlich verschieden von dem, wie er sich sonst bei Dementia praecox findet. Lasse ich die Anamnese weg, so sind alles typische Fälle, wie sie sich in jeder Pflegeanstalt in großer Zahl vorfinden.

Ich habe mich bemüht, nach den vorliegenden Krankengeschichten möglichst die Trennung in hebephrenische — paranoide sind nicht darunter — und katatonische Formen durchzuführen. Bei

| | | Alter beim Beginn Jahre | jetziges Alter Jahre | Dauer der Erkrankung Jahre | Aufenthaltsdauer Jahre |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fall 15 | 16 | 31 | 15 | 4 |
| 2 | „ 13 | 18 | 19 | 5/4 | 1 |
| 3 | „ 3 | 18 | 26 | 8 | 7 |
| 4 | „ 5 | 20 | 41 | 21 | 2 |
| 5 | „ 9 | 21 | 34 | 13 | 13 |
| 6 | „ 14 | 21 | 37 | 16 | 15 |
| 7 | „ 7 | 23 | 57 | 34 | 31 |
| 8 | „ 2 | 24 | 30 | 6 | 6 |
| 9 | „ 11 | 25 | 30 | 5 | 4 |
| 10 | „ 1 | 25 | 34 | 9 | 6½ |
| 11 | „ 9 | 26 | 35 | 9 | 8 |
| 12 | „ 12 | 26 | 38 | 12 | 11 |
| 13 | „ 8 | 28 | 32 | 4 | 3 |
| 14 | „ 6 | 33 | 71 | 38 | 14 |
| 15 | „ 4 | 37 | 44 | 7 | 7 |

Fall 4 ist es mir zweifelhaft, ob man von einer Hebephrenie sprechen soll, weil die Erkrankung erst mit 37 Jahren auftritt. Alle übrigen kann man ungezwungen den hebephrenischen und katatonischen Formen zurechnen, und zwar 8 zur Hebephrenie und 6 zur Katatonie.

Auffällig ist, daß nur 4 Kranke beim Beginn der Erkrankung unter 20 Jahre alt sind. Wenn man indes bedenkt, daß viele angeboren Schwachsinnige sich erst verspätet entwickeln, so ist dies vielleicht nicht so auffällig. Wir haben z. B. in der Anstalt eine ganze Reihe Schwachsinnige, bei denen die Menstruation erst nach dem 20. bis zum 26. Jahre eingetreten ist. In unseren Fällen ist nur bei 7 angegeben, wann die Menstruation eingetreten ist, und zwar ist dies bei diesen 7 nicht besonders spät der Fall gewesen, nämlich zwischen 14 und 18 Jahren. Immerhin hat, glaube ich, die oben ausgesprochene Vermutung eine gewisse Berechtigung.

Fast ausnahmlos sind es schwer und rasch verlaufende Formen.

Für den Endzustand habe ich die von *Kraepelin* eingeführten Ausdrücke faselige und stumpfe Verblödung gebraucht, die das Zustandsbild sehr gut charakterisieren. Außer bei dem einen Falle, wo



Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit eingetreten ist, habe ich bei 2 Fällen faselige Verblödung angenommen wegen der Verworrenheit der sprachlichen Äußerungen und der Zerfahrenheit des Benehmens und Handelns. Die übrigen kann man am besten unter die stumpfe Verblödung oder den apathischen Blödsinn rechnen.

| . | Krankheitsform | Ausgang |
|---|---|---|
| Fall 2 | | faselige |
| „ 3 | | Verblödung. |
| „ 5 | | |
| „ 6 | hebephrenische | |
| „ 7 | Form | |
| „ 8 | | |
| „ 9 | | stumpfe Ver- |
| „ 10 | | blödung. |
| „ 4 | ? | |
| „ 11 | | |
| „ 12 | | |
| „ 14 | katatonische | |
| „ 15 | Form | |
| „ 1 | | Sprachverwirrtheit. |
| „ 13 | | noch unsicher. |

Alle 15 Patienten sind völlig stumpf, blöde, großenteils bettlägerig, gänzlich asozial, in ihren Äußerungen zerfahren und verworren. Vielfach finden sich noch gewisse katatonische Eigentümlichkeiten wie Grimassieren, Manieren, Bewegungsstereotypien, Negativismus.

Jedenfalls ist nach der Art des Endzustandes an der Diagnose Dementia praecox kein Zweifel. Fall 13, Ausgang noch unsicher, ist die Patientin, die erst $^5/_4$ Jahre krank ist. Doch hat es den Anschein, als ob auch hier die Psychose ungünstig verlaufen würde.

Damit komme ich auf den Wert unserer Betrachtungen für die Stellung der Prognose zu sprechen. Bekanntlich ist ja bei der Dementia praecox, namentlich im ersten Beginn, die Prognose sehr unsicher. Ich bin mir natürlich bewußt, daß man aus einer immerhin beschränkten Anzahl von Fällen keine allgemeinen Schlüsse ziehen darf. Es kann indes kein Zufall sein, daß gerade meine 15 Fälle alle so ungünstig verlaufen sind. Man kann auch nicht sagen, daß in unsere Anstalt, die mehr den Charakter einer Pflegeanstalt trägt,

überhaupt nur ungünstig verlaufende Fälle hineinkommen und daß daraus das ungünstige Resultat zu erklären ist. Denn eine Durchmusterung aller Dementia-praecox-Fälle zeigt neben schweren Verblödungsformen auch leichtere und leichte Fälle in den verschiedensten Stadien, die zum Teil auch ganz gut bei einiger Aufsicht außerhalb der Anstalt leben könnten. Die von *Weygandt* angeführten Fälle zeigen auch durchweg eine schwere Verlaufsform. Solange daher von anderer Seite nicht gegenteilige Beobachtungen gemacht werden, würde ich in ähnlichen Fällen die Prognose gleich im Beginn ungünstig stellen, und dies würde doch von großem Wert sein. Damit würde auch die von *Bleuler* und *Jahrmärker* [1]) in den gedruckten Leitsätzen über Endzustände der Dementia praecox aufgestellte Behauptung, daß die Dementia praecox in solchen Fällen nicht schlimmer verlaufe wie sonst, modifiziert werden.

Man kann meiner Ansicht nach auch nicht von einer Summation der Symptome der angeborenen und der erworbenen Demenz reden. Denn von dem ursprünglichen Schwachsinn ist bei der Betrachtung des Endzustandes nichts mehr nachzuweisen, und die Demenz ist nicht größer wie in andern schweren Verblödungszuständen dieser Krankheit.

Daß die Patienten schon früher geisteskrank gewesen sind, und daß man berechtigt wäre, den Beginn der Psychose nach *Kraepelin* in die frühe Kindheit zurückzuverlegen, dafür fehlen in unseren Fällen jegliche Anhaltspunkte. Ich möchte daher in dieser Frage, die ja jetzt lebhaft im Flusse begriffen ist, durchaus *Weygandt* beipflichten. Die Frühformen der Dementia praecox, über die unsere Kenntnisse in neuerer Zeit von *Weygandt* und zuletzt von *Vogt* in wertvoller Weise bereichert worden sind, haben offenbar nichts mit den hier gebrachten Fällen zu tun.

Das Vorstehende fasse ich nochmals zusammen:

1. Die Dementia praecox, wenn sie sich auf dem Boden eines angeborenen leichten Schwachsinns entwickelt, zeigt keine besonderen klinischen Eigentümlichkeiten im Verlauf und Ausgang.

---

[1]) Siehe a. a. O.





2. **Vorwiegend sind hebephrenische und katatonische Formen.**

3. **Der Verlauf ist ausnahmlos ein sehr schwerer.**

4. **Diese Fälle stellen eine Sondergruppe dar, die mit den Frühformen des Jugendirreseins nichts zu tun hat.**

---

# Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente.

Von

Medizinalrat Dr. **Fr. Gerlach** - Königslutter.

Die ursächlichen Beziehungen zwischen Trauma und Paralyse sind eine alte psychiatrische Frage. Diese hat seit mehreren Jahren eine neue Anregung und zum Teil eine neue Fassung erhalten durch die Folgen der Unfallgesetzgebung.

Die Psychiatrie erkennt an, daß ein Trauma auf die Entwicklung einer Paralyse Einfluß haben kann, aber sie trennt bei diesem Einfluß Ursache und Mitwirkung. Als Ursache einer Paralyse läßt sie das Trauma nur gelten, wenn bei dem bis zur Verletzung völlig Gesunden auch jede Disposition zur Paralyse fehlte. Diese Möglichkeit beschränken indessen selbst die Nachgiebigsten auf außerordentlich seltene Ausnahmen. In allen anderen Fällen handelt es sich nur um eine Mitwirkung: Das Trauma löst bei dem Disponierten (Syphilis, vielleicht auch erbliche Belastung 1,2) die Paralyse aus, oder es bewirkt eine merkbare Verschlimmerung der bereits im Anfangstadium vorhandenen Paralyse. Ob das Trauma bei einem bis dahin völlig Gesunden die Disposition zur Paralyse schaffen kann, wird für möglich gehalten, ist aber bisher nicht einwandfrei bewiesen (3, 4, 5).

Für die Unfallpraxis ist von diesen psychiatrischen Feststellungen wesentlich, daß und unter welchen Umständen die Möglichkeit ursächlicher Beziehungen zwischen Trauma und Paralyse wissenschaftlich zugegeben wird. Dagegen ist die für die psychiatrische Bewertung des Traumas notwendige Trennung in Ursache und Mitwirkung bei der Begutachtung von Unfallfolgen ohne praktische Bedeutung. Denn für ein derartiges Gutachten ist maßgebend der vom Reichsversicherungsamt vertretene Standpunkt: Es ist nicht erforderlich, daß die bei einem Unfalle erlittene Verletzung die alleinige Ursache der Erwerbunfähigkeit bildet, es genügt vielmehr, daß sie eine von mehreren



mitwirkenden Ursachen ist und als solche ins Gewicht fällt. Der Anspruch auf Entschädigung besteht daher auch dann, wenn wegen eines schon bestehenden Leidens die Folgen der Verletzung in wesentlich erhöhtem Maße schädigend wirkten oder den Eintritt der Erwerbunfähigkeit oder des Todes erheblich beeinflußt, beschleunigt haben.

Das Trauma begründet mithin nicht nur dann einen Rentenanspruch, wenn es als alleinige Ursache einer Paralyse nachgewiesen wurde, sondern auch, wenn es nur eine ins Gewicht fallende, mitwirkende Ursache für die durch die Paralyse bedingte Erwerbunfähigkeit gewesen ist. Mit andern Worten: Wenn der Verletzte bis zum Unfall voll erwerbfähig war und erst im Zusammenhang mit dem Unfall durch Paralyse erwerbunfähig wurde, so genügt zur Ablehnung des Rentenanspruchs nicht ohne weiteres die Feststellung, daß die Disposition zur Paralyse oder das Anfangstadium dieser Krankheit bereits vor dem Unfall bestanden.

Für die Begründung des ursächlichen Zusammenhanges kommen zwei Fragen in Betracht:

1. die Art und die erforderliche Stärke des Traumas,

2. der Zeitraum, innerhalb dessen die Paralyse auf das Trauma folgen muß.

Als Verletzungsarten sind nachgewiesen und anerkannt das elektrische, das somatische und das psychische Trauma.

Über Paralysen, die auf ein elektrisches Trauma folgten, ist bisher nur wenig veröffentlicht (6, 7). Da ich selbst über keine einschlägige Beobachtung verfüge, lasse ich unter Bezugnahme auf die Literatur diese Möglichkeit im folgenden außer Betracht.

Die Paralysen nach somatischen Traumen bilden in der Literatur den Hauptbestandteil. In diesen Fällen handelt es sich der Regel nach um ein Kopftrauma mit den ausgesprochenen Symptomen der Gehirnerschütterung. Als seltene Sonderfälle werden auch Traumen anderer Körperteile erwähnt. Indessen die Beweiskraft dieser seltenen Ausnahmen erscheint mir nicht überall unanfechtbar. So war z. B. in dem von *Dietz* (8) geschilderten Fall das erste und verantwortlich gemachte Trauma allerdings ein heftiger Stoß gegen die rechte Brusthälfte. Aber der Getroffene stürzte dann mit der linken Seite auf einen Rinnstein, war längere Zeit benommen, Erbrechen. Für die spätere Paralyse kann man daher den Stoß gegen die Brust unbedenklich aus-





schalten. Immerhin wird es sich nach den vorliegenden Veröffentlichungen empfehlen, die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges nicht allein aus dem Grunde abzulehnen, weil nach Angabe des Verletzten und seiner Umgebung das Trauma nicht direkt den Kopf getroffen hat. Denn auch ein den körperlichen Unfall begleitender Shok scheint ursächliche Beziehungen schaffen zu können (3). Andererseits ergeben die sämtlichen veröffentlichten Fälle, daß zum Herbeiführen einer Paralyse stets ein schweres körperliches Trauma erforderlich ist.

Auch beim reinen psychischen Trauma mit nachfolgender Paralyse kann ein ursächlicher Zusammenhang anscheinend nur dann angenommen werden, wenn es sich um eine schwere Gemütserschütterung handelte. Eine vorübergehende Gemütsbewegung scheint nicht zu genügen. Für diese Annahme spricht die allerdings nicht umfangreiche Literatur (9), und die gleiche Voraussetzung fand ich auch in den von mir beobachteten Fällen ausnahmlos erfüllt. Übrigens sind nach meinen Beobachtungen die durch ein psychisches Trauma bedingten Paralysen entschieden häufiger, als es nach der Literatur den Anschein hat.

Keine gleich bestimmte Antwort gibt die Literatur auf die zweite Frage, innerhalb welcher Zeit die Paralyse auf das Trauma folgen muß oder durchschnittlich folgt. Vielmehr treten in dem einen Teil der veröffentlichten Fälle schwere paralytische Erscheinungen unmittelbar nach dem Unfall auf, in den anderen, zahlreicheren Fällen scheinen Monate vergangen zu sein, bevor in dem Befinden und in der Erwerbfähigkeit des Verletzten die Folgen des Unfalls erkennbar wurden. Bei der zweiten Gruppe werden für die mehrere Monate umfassende Zwischenzeit zuweilen unbestimmte nervöse Erscheinungen angegeben; häufiger fehlt über das Befinden des Verletzten jede Mitteilung.

Diese beiden ganz verschiedenen Wirkungsweisen des Traumas lassen sich nun allerdings durch die pathologische Anatomie der Paralyse erklären. Für die vollentwickelte Paralyse ist Voraussetzung eine anatomische Veränderung des Zentralnervensystems, deren Entstehung innerhalb weniger Stunden nicht wohl denkbar ist. Schließt sich die vollentwickelte Paralyse an das Trauma an, so ist anzunehmen, daß es sich nur um die akute traumatische Verschlimmerung einer schon vorhandenen Paralyse handelt. Löst dagegen das Trauma die bis dahin schlummernde Paralyse aus, dann wird einige Zeit vergehen müssen,





bevor sich die für die vollentwickelte Paralyse notwendige pathologisch-anatomische Veränderung gebildet hat.

Durch diese Erklärung allein sind indessen für die Beweisführung des Unfallgutachtens die Schwierigkeiten nicht beseitigt. Bei den Fällen der ersten Gruppe spricht für den ursächlichen Zusammenhang zwar das zeitliche Zusammentreffen von Trauma und Hervorbrechen der Paralyse. Aber die pathologisch-anatomische Deutung wird in der Anamnese der Regel nach keine Stütze finden. Wenigstens wurde in allen meinerseits beobachteten Fällen — und das scheint mir auch für die sämtlichen bisher veröffentlichten Fälle zuzutreffen — von Angehörigen und unbefangenen Zeugen bestimmt behauptet, vor dem Unfall seien bei dem Verletzten niemals auch nur leise paralytische Symptome vorhanden gewesen. Derartige Zeugenaussagen zu widerlegen, wird nur ausnahmweise gelingen. Sie zu beseitigen durch den Hinweis auf entsprechende Fälle, in denen aus dem nur ärztlicherseits erkennbaren und *erkannten* Anfangstadium der Paralyse durch ein Trauma unvermittelt eine ausgebildete Paralyse geworden war, dafür bietet die Literatur bisher keine ausreichende Grundlage.

Bei der zweiten Gruppe sieht man den bis zur schweren Verletzung völlig Gesunden einige Monate später an ausgebildeter Paralyse leiden. Die „Möglichkeit" des ursächlichen Zusammenhanges wird man, auch wenn über die Zwischenzeit nichts Sicheres bekannt ist, zugeben dürfen. Aber für das Unfallgutachten genügt nicht die „Möglichkeit", sondern es soll die „Wahrscheinlichkeit" nachgewiesen werden. Wahrscheinlich aber wird man den ursächlichen Zusammenhang nur machen können, wenn entsprechend den paralytischen Veränderungen des Zentralnervensystems, für deren Entwicklung das Trauma den letzten Anstoß gab, sich für die Zwischenzeit und in möglichst klarem Zusammenhang mit dem Trauma die Initialsymptome der Paralyse ermitteln lassen. Denn es ist keineswegs die Regel, daß ein Trauma bei einem Disponierten oder einem bereits paralytisch Erkrankten auslösend oder verschlimmernd wirkt. Eine derartige Wirkung hat es bei erwiesen Syphilitischen oder erwiesen Paralytischen nur ausnahmweise.

Die Veröffentlichung der folgenden Fälle, die gleichzeitig einen kasuistischen Beitrag bilden, soll zur Beseitigung der erwähnten Schwierigkeiten beitragen.







## Erste Gruppe.

## Trauma und Ausbruch der Paralyse fallen zeitlich zusammen.

Fall 1. G., Former. Braunschweig. 46 Jahre. Erbliche Belastung und Potus bestritten. Über Lues nichts zu erfahren.

2 lebende, 4 tote Kinder.

Unfall (schweres psychisches Trauma) am 23. September 1903. Bis zum Unfall angeblich gesund und erwerbfähig, vom Unfall an paralytisch und völlig erwerbunfähig.

Am 10. August 1904 von mir untersucht.

Obergutachten: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und der durch Paralyse bedingten Erwerbunfähigkeit ist anzunehmen. —

Erbliche Belastung wird von der Ehefrau, Potus allseits bestritten. Über Lues oder andere nennenswerte Erkrankungen war nichts bekannt. Eines seiner Kinder ist im 9. Monat tot geboren, drei andere starben klein unter Krampferscheinungen. Von den zwei lebenden Kindern ist das jüngste geistig zurückgeblieben, das älteste aufgeweckt. — G. war Former bis 1893, schied aus dieser Beschäftigung infolge eines Streites mit seinem Arbeitgeber. Bis 1898 betrieb er dann einen Flaschenbierhandel. Wurde polizeilich wegen unerlaubten Ausschanks geschlossen. G. fand darauf wieder dauernde Beschäftigung in einer Gasometerfabrik in Braunschweig. Arbeitgeber und Arbeitgenossen bezeugen einstimmig, daß G. bis zum 23. September 1903 ein tüchtiger Arbeiter gewesen sei. In seinem Befinden und Benehmen ist den Zeugen niemals etwas aufgefallen. Auch für die letzte Zeit vor dem Unfall werden jegliche Veränderungen in seinen Leistungen und seinem Verhalten bestritten. Die Ehefrau bestätigt aus dem Familienleben diese Angaben, hat niemals bemerkt, daß dem Ehemann seine Beschäftigung zuwider und zu gering war. Über irgendwelche Störungen seines Befindens hat G. nie geklagt, die Ehefrau auch nie etwas bemerkt. Nur im Jahre 1902 ist G. „wegen Tränenflusses" in augenärztlicher Behandlung gewesen.

Am 23. September 1903 mußte G. beim Fortschaffen des tödlich verletzten Mitarbeiters Z. Hilfe leisten. „Durch Überfahren mit einem Dampfkrahn" war dessen untere Körperhälfte zermalmt. Nach Aussage der vernommenen Mitarbeiter war der Anblick des Verletzten „grauenerregend". Ferner heißt es in den Akten wörtlich: „Der Anblick des Schwerverletzten hat nun auf G. einen solchen erschütternden Eindruck gemacht, daß ihm der Appetit zum Mittagessen völlig vergangen war. Als er mittags nach Hause kam, war er nervös erregt. Trotzdem begab er sich nachmittags wieder ins Geschäft. Das Vesperbrot schmeckte ihm nicht, ihm war schlecht zumute. In vollem Gegensatz zu sonst drückte er sich um die Arbeit herum". Am Abend war Lohnzahlung. Nach dieser



— um 8 Uhr — wurde G. auf dem Korridor zum Lohnbureau „in hilflosem Zustande dastehend und gänzlich geistesabwesend“ gefunden. Er wird nach Hause gebracht, und dort „kommt es kurz darauf zu einem schweren paralytischen Anfall“ — heißt es in den Akten. Beim Eintreffen des Arztes „war der Kranke von einer großen Unruhe erfaßt. Es war ihm nicht möglich, auch nur ein einziges Wort richtig hervorzubringen. Er stieß heftig eine Fülle unartikulierter Laute hervor. Der rechte Arm und besonders die rechte Hand zeigten rasch aufeinander folgende klonische Zuckungen. Gesicht gerötet. Pupillen l > r, beide lichtstarr. Rechter Mundwinkel hängt etwas herab. Erhöhte Patellarreflexe.“ Am zweiten Tage sind die Zuckungen geschwunden. Allgemeine Unruhe besteht fort. Sprachvermögen kehrt wieder, aber starkes Silbenstolpern. In den folgenden Wochen wiederholt Schwindelanfälle, ferner häufiger Wechsel im Bewußtseinszustand und zwischen leidlicher Ruhe und Erregung. Am 21. November 1903: Pupillenstarre, gesteigerte Patellarreflexe, Sprachstörung, Fadialisdifferenz; „entschiedene Herabsetzung der geistigen Leistungfähigkeit: das Erinnerungvermögen an kurz vorher besprochene Dinge war herabgesetzt und zum Teil erloschen, einigermaßen schwierige Worte wurden nur unvollständig und zögernd wiederholt, einfache Rechenexempel wurden nur schwer oder gar nicht gelöst. Sein Wesen ist jetzt ruhig, stellenweise an Teilnahmlosigkeit grenzend.“ — Die Schwindelanfälle wiederholten sich — angeblich etwa einmal wöchentlich — auch in der Folgezeit. G. wurde nicht wieder erwerbfähig. Seitens der Berufsgenossenschaft wurde indessen auf Grund der erstatteten ärztlichen Gutachten die Unfallrente abgelehnt.

Am 10. August 1904 untersuchte ich G. auf Veranlassung des Schiedgerichts. Ist geistig bereits tief verfallen. Stumpf und gleichgültig läßt er die Untersuchung über sich ergehen, über deren Anlaß und Zweck ihm nichts bekannt ist. Wird in keiner Weise berührt durch meine eingehende Unterhaltung mit der Ehefrau über den Unfall, seine Folgen und die traurige Lage der Familie. Seine ganze Tätigkeit besteht nach Angabe der Ehefrau nur noch im Messerputzen; morgens und nachmittags geht er je mehrere Stunden in den Stadtpark und verbringt die Zeit dort regelmäßig mit zwei Invaliden. Kann mir nicht angeben, welche Straßen er bei diesen Gängen passiert, nichts über Namen und Person seiner beiden Gefährten. Liest regelmäßig eine Braunschweiger Zeitung, weiß den Namen nicht und absolut nichts vom Inhalt. Die Namen der lebenden Kinder weiß er, aber nicht, welche Klassen sie besuchen. Über die verstorbenen Kinder weiß er nichts mehr. Das Jahr kennt er, das Datum nicht. Additionen einstelliger Zahlen löst er richtig, bei zweistelligen Zahlen und bei allen Subtraktionen versagt er vollkommen. Die Höhe des zuletzt verdienten Wochenlohnes gibt er falsch an, die Preise der täglich im Haushalt gebrauchten Waren sind ihm entfallen. — Nach Aussage der Ehefrau ist „die Erinnerung für die letzte Zeit ganz schlecht, für frühere Zeiten besser,



aber auch schon schlecht genug." Ferner sei G. nach dem Unfall teilnahmlos, gleichgültig geworden: er frage nach nichts und bekümmere sich um nichts. Daneben aber sei er seit dem Unfall im Gegensatz zu früher „reizbar über jede Kleinigkeit". Der Affekt sei aber flüchtig.

Körperlicher Befund: Rechts reflektorische Pupillenstarre, links Trägheit. Linke Gesichtshälfte schlechter innerviert als rechte. Feiner Tremor der gerade hervorgestreckten Zunge. Schleppende Sprache, stößt an und verschleift (Flanellappen). Rechter Patellarreflex > linker. Kein Romberg. Rechts Tremor der gespreizten Finger, links nicht. Ganz unbeholfen.

Eine Untersuchung 1907 ergab: G. ist völlig verblödet. Rechte Pupille starr und erheblich weiter als linke; linke reagiert kaum merklich bei seitlicher Beleuchtung, deutlich bei Akkommodation. Zunge weicht nach links ab, fibrilläres Zittern. Rechte Gesichtshälfte schlechter innerviert als linke. Schwere artikulatorische Sprachstörung. Fingertremor beim Spreizen. Patellarreflex beiderseits lebhaft, ohne deutlichen Unterschied. Kein Fußklonus. Kein Babinski. Spastischer Gang. —

Nach den Zeugenaussagen stand mithin fest, daß G. bis zum Unfall voll erwerbfähig gewesen war, unmittelbar nach dem Unfall erwerbunfähig wurde und fortan blieb. Die Erwerbunfähigkeit wurde bedingt durch eine vollentwickelte Paralyse, die nach Zeugenansicht der Unfall bei dem bis dahin völlig gesunden G. verursacht hatte. — Daß zwischen Unfall und Hervorbrechen der Paralyse ursächliche Beziehungen bestanden, war zum mindesten recht wahrscheinlich. Aber dieser Fall fand auch für den Psychiater eine hinreichende Aufklärung durch den Augenarzt, der ein Jahr vor dem Unfall G. behandelt hatte. Aus seinen Aufzeichnungen konnte jener nachweisen, daß bei G. bereits im Jahre 1902 während der Behandlung des Tränenflusses reflektorische Pupillenstarre vorhanden gewesen war. G. litt mithin schon mindestens seit einem Jahre an Paralyse, als ihm am 23. September 1903 der Unfall widerfuhr.

Obwohl den ersten Gutachtern alle diese Tatsachen bereits bekannt waren, bestritten sie bei G. dem Trauma eine ins Gewicht fallende Mitwirkung aus folgenden zwei Gründen:

Erstens machten sie geltend: Da G. seit mindestens Jahresfrist an dem Einleitungstadium der Paralyse gelitten habe, wäre die volle Entwicklung der Krankheit ohnehin jeden Augenblick zu erwarten gewesen. Das Trauma könne mithin höchstens eine geringe Beschleunigung verursacht haben. Diesem Einwand hielt ich entgegen, daß das Einleitungstadium der Paralyse überhaupt keine bestimmte Dauer hat. Es hätte bei ungestörtem Krankheitsverlauf noch jahrelang die Erwerbfähigkeit unbeeinflusst lassen können. Irgendwelche Anzeichen, die bereits vor dem Trauma auf eine bevorstehende oder beginnende Verschlechterung des Geisteszustandes oder auf eine Verminderung der Erwerbfähigkeit hindeuteten, waren von niemand bemerkt. — Zweitens wurde eingewandt:



Da G. paralytisch war, so hätte wohl überhaupt jede Erregung wie häuslicher Ärger und dergleichen die volle Entwicklung der Paralyse herbeiführen können. Dieser Einwand war überhaupt nicht geeignet, bei G. die ursächliche Bedeutung des anerkannten Traumas zu widerlegen. Er war aber außerdem ganz willkürlich. Denn die Verschlimmerung war herbeigeführt durch eine tiefgehende Gemütserschütterung: den grauenerregenden Anblick des zermalmten Arbeitgenossen. Daß auf G. jede alltägliche Gemütsbewegung gleich schädigend eingewirkt haben würde, war durch nichts erwiesen und hatte sich jedenfalls aus den sehr eingehenden Nachforschungen über sein Vorleben nicht ergeben.

Ich habe mein Gutachten geschlossen: Die Gemütserschütterung, von welcher G. am 23. September 1903 betroffen wurde, hat höchstwahrscheinlich den Anfall jenes Tages herbeigeführt und damit den Eintritt der Erwerbunfähigkeit des Klägers beschleunigt. Jene Gemütserschütterung ist mithin für den Eintritt der Erwerbunfähigkeit eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache gewesen.

G. erhielt daraufhin seine Rente. —

Fall 2. H., Musiklehrer. Braunschweig. 51 Jahre. Unverheiratet. Erbliche Belastung und Potus negiert. Lues sehr wahrscheinlich.

Unfall (schweres psychisches Trauma) am 13. April 1906. Bis zum Unfall angeblich gesund und erwerbfähig, vom Unfall an paralytisch und erwerbunfähig.

Am 24. April 1906 Anstaltsaufnahme in Königslutter.

Am 5. Mai 1906 Exitus.

Ursächlicher Zusammenhang ist anzunehmen. Keine Rentensache. —

Der Musiklehrer H. wurde der Anstalt in Königslutter am 24. April 1906 zugeführt mit der von seinem Schwager gelieferten Anamnese, H. habe auf dem Musiklehrer-Kongreß, der vom 9.—11. April 1906 in Berlin tagte, einen Vortrag über eine von ihm erfundene Notenlese-Methode gehalten. Der Vortrag habe derartiges Aufsehen erregt, daß der Vertreter des preußischen Kultusministeriums den H. aufgefordert habe, seine Schrift zwecks näherer Prüfung dem Ministerium einzusenden. H., der nach dieser Aufforderung am jahrelang erstrebten Ziel seiner Wünsche zu sein glaubte, sei, obwohl bis dahin völlig gesund und normal, durch die freudige Erregung bereits am nächsten Tage in Paralyse verfallen. Erbliche Belastung und Potus wurden bestimmt abgelehnt; über Lues war dem Schwager nichts bekannt. Vorgelegt wurden für die Anstaltsaufnahme zwei in Berlin erstattete kurze Gutachten, nach denen H. an Paralyse litt. Als dort nachgewiesene Krankheitserscheinungen waren Größenwahnvorstellungen, Halluzinationen, Silbenstolpern und eine beträchtliche Erregtheit angegeben.

Während seines Aufenthalts in Königslutter befand sich H. dauernd in schwerer manischer Erregung. Völlig unorientiert. Produziert in den



ersten Tagen noch massenhafte Größenideen: Habe durch Herausgabe seines Werkes die ganze Welt beglückt; sei dem Kaiser, mit dem er verwandt, gleichzustellen; wirft mit Millionen um sich. Ich bin Christus, mein richtiger Vater hat Rousseau studiert, ich kann die Hölle bändigen usw. Nahrungsaufnahme ganz schlecht. Künstliche Ernährung notwendig. Am 2. Mai tritt psychisch Erschlaffung ein, vom 4. Mai an Somnolenz, die bis zum Exitus anhält. — Körperlich: Linke Pupille > rechte, beiderseits reflektorische Starre. Leichtes Zucken in der Gesichtsmuskulatur bei mimischen Bewegungen. Eine schwere Innervationsdifferenz beider Gesichtshälften besteht nicht. Über feine Unterschiede ist infolge des Gesamtverhaltens ebensowenig etwas festzustellen wie über die Innervation der Zunge. Sprache verwaschen. Paradigmata werden nicht nachgesprochen. Patellarreflexe fehlen beiderseits. Romberg.

Sektionsbefund: Links der Unterlappen, rechts die ganze Lunge pneumonisch verdichtet. Auf der Leberoberfläche einige gelbliche, in die Substanz hineinziehende Flecken. Nieren mit narbigen Einziehungen. Intima Aortae höckerig, mit weißlichen Flecken durchsetzt.

Pia convex. stark verdickt. Gehirnsubstanz fest, makroskopisch jedenfalls ohne erheblichen Schwund. Zahlreiche beim Schnitt nachziehende Gefäße. Ventrikel eng, wenig Flüssigkeit. Im IV. Ventrikel Ependymgranulationen.

Die auffällige Anamnese veranlaßte mich zu eingehenden Nachfragen bei den Angehörigen des Patienten und bei den Ärzten, die ihn früher behandelt hatten. Diese Nachfragen ergaben eine wesentlich andersartige Vorgeschichte:

Ärztliche Mitteilungen: 1900/1901 linkseitige leichte Abducenslähmung. L. Pupille > r.; l. Pupille zuweilen noch geringe Reaktion, schließlich reflektorische Starre. 3 Ophthalmologen nehmen bestimmt Lues an, der vierte gibt wenigstens die Berechtigung des Verdachtes zu. Behandlung Jodkali und Schmierkur. Später wird ärztlicherseits Empfindlichkeit gegen Alkohol konstatiert. Aber auch dieser Arzt, dem alles Vorstehende bekannt ist, der ferner den Patienten seit Jahren genau kennt und mit den Psychosen vertraut ist, bemerkt — abgesehen von der Pupillenstarre — selbst während der letzten Wochen vor dem Kongreß 1906 nichts psychisch Bedenkliches an H.

Mitteilungen der Angehörigen und Nahestehender: Bereits auf dem Kongreß 1905 hatte H. einen Vortrag über seine Methode [1]) gehalten, ohne indessen allgemeine Anerkennung zu finden. Professor X., eine musikalische Autorität, scheint auf seiner Seite gestanden zu haben und hat ihn augenscheinlich als Musiklehrer geschätzt, wie seinem nach dem Tode des

---

[1]) Ein musikalisch hervorragender Kollege, der H.s Schrift und die dieser zugrunde liegende Idee genau kannte, sprach sich zu mir über beides rückhaltlos anerkennend aus.



H. eingegangenen Kondolenzschreiben zu entnehmen ist. Dagegen hatte den H. eine weitverbreitete und einflußreiche Musikzeitung schonunglos heruntergerissen. H. überwand die Enttäuschung, arbeitete seine Methode noch einmal durch und hoffte für 1906 auf Erfolg. Im Winter 1905/1906 fiel denjenigen Angehörigen, die fast täglich mit ihm zusammen waren, aber auch nur diesen, an H. auf, daß seine Leistungfähigkeit im Beruf abzunehmen schien, und daß er sich gegen früher im geselligen Verkehr gehen ließ. Seine in Berlin verheiratete Schwester dagegen, bei der er auch während des Kongresses 1906 logierte, bemerkte keinerlei Veränderung an ihm. Er war heiter, normal gesprächig und hoffnungvoll. — Am 2. Kongreßtag (10. April 1906) kam M. abends in freudiger Aufregung nach Hause. Er hatte unvorbereitet im Kongreß gesprochen, und der Vertreter des preußischen Kultusministeriums hatte ihm geraten, seine Notenlesemethode, die H. für den Schulgebrauch bestimmt hatte, dem Ministerium einzureichen. In der Annahme, er werde am letzten Kongreßtage vielleicht noch einmal zu Worte kommen, arbeitete H. bis 3 Uhr nachts und ebenso am nächsten Morgen an einem Vortrage. Er kam indessen am Nachmittage des 11. April nicht mehr zum Sprechen. Am 12. April verhandelte er nochmals mit seinem Verleger und mit dem Vertreter des Kultusministeriums und glaubte jetzt alles geregelt. Am 13. April ging er in die Redaktion der oben erwähnten Musikzeitung, um auch bei ihr Stimmung für seine Methode zu machen. Dort aber wurde ihm ohne Umschweife eröffnet, man halte von seiner Methode gar nichts und lehne es überhaupt ab, sein Buch zu lesen. Völlig niedergeschlagen kehrte H. zu seinen Angehörigen zurück, wurde still und wortkarg, so daß es auch seinen Bekannten auffiel. Die tiefgedrückte Stimmung hielt ohne Unterbrechung auch während der folgenden Tage an; H. verzweifelte an seiner gesamten Zukunft; spätestens am 18. April morgens handelte es sich um eine zweifellos krankhafte Depression: er weinte bei seinen Zukunftsplänen. Am Nachmittage des 18. April hielt er im Tiergarten Reden an das Publikum, konnte sich nicht mehr zurechtfinden und wurde, da er seine Wohnung wenigstens noch anzugeben vermochte, von Fremden spät abends nach Hause gebracht. Am nächsten Morgen früh begann die schwere manische Erregung. —

Auch in diesem Falle gelang durch eingehende Ermittelungen der Nachweis, daß der Verletzte entgegen den ursprünglichen anamnestischen Angaben bis zum Unfall keineswegs geistesgesund gewesen war. Die Entwicklung der von der Umgebung nicht erkannten Paralyse hatte längst begonnen. Aber einen wesentlichen Einfluß auf die Erwerbfähigkeit und Berufstätigkeit des H. hatte die psychische Erkrankung vor dem Unfall nicht.

Um eine Rentensache handelte es sich bei H. nicht. Aber wenn ein Rentenanspruch in Betracht gekommen wäre, so hätte man auch hier nicht nur den zeitlichen, sondern ebenso den ursächlichen Zusammenhang



zwischen Trauma und Hervorbrechen der Paralyse bejahen müssen. Die verhängnisvolle Gemütserschütterung erfolgt durch die schonunglose Eröffnung in der Redaktion der Musikzeitung. H. kennt ihre Verbreitung und ihren Einfluß. Er kann sich der Erkenntnis nicht verschließen, daß er zu früh triumphierte. Niedergeschmettert kehrt er heim. Der auf ihm lastende Druck wird nicht überwunden und geht spätestens am fünften Tage in einen zweifellos krankhaften Depressionszustand über, aus dem sich nach 24 Stunden das manische Zustandbild der Paralyse entwickelt. Die Gemütserschütterung führt mithin durch eine anfangs scheinbar noch nicht krankhafte, schließlich aber zweifellos pathologische Depression lückenlos in wenigen Tagen zur außerordentlich stürmisch verlaufenden vollentwickelten Paralyse. Es ist bei H. mehr als wahrscheinlich, daß das psychische Trauma für den Eintritt der Erwerbunfähigkeit eine ins Gewicht fallende, mitwirkende Ursache gewesen ist.

Die beiden vorstehenden Fälle bestätigen klinisch die pathologisch-anatomische Deutung der Paralysen, die bei angeblich bis dahin völlig Gesunden unmittelbar nach einem Trauma vollentwickelt hervorbrechen. Durch das Trauma erfolgte nicht die Auslösung der noch schlummernden Paralyse, sondern eine plötzliche und erhebliche Verschlimmerung der schon lange bestehenden Psychose. Ferner ergibt sich aus ihnen für entsprechende Fälle, auch wenn über Einleitungsymptome der Paralyse nichts zu erfahren ist: Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse darf als erwiesen oder wenigstens als sehr wahrscheinlich angenommen werden, sobald feststeht:

1. die Gemütserschütterung hat eine unbestreitbar tiefgehende Wirkung ausgeübt, und
2. die psychische Wirkung, die durch die Gemütserschütterung hervorgerufen wurde, führte innerhalb kurzer Zeit und im großen und ganzen lückenlos hinüber zu schweren paralytischen Krankheitserscheinungen, die vor der Gemütserschütterung nicht annähernd in dem gleichen Grade vorhanden waren.

Zur Begründung von Rentenansprüchen muß endlich noch bewiesen werden:

3. der Verletzte war bis zum Trauma erwerbfähig; durch die auf das Trauma folgende Paralyse ist er dauernd erwerbunfähig geworden.

Daß eine sorgfältige Prüfung der diese drei Fragen bejahenden Zeugendarstellung zur Verneinung eines der drei Punkte und damit



zur ärztlichen Ablehnung der für die Rentengewährung erforderlichen Voraussetzungen führen kann, zeigt sich in den folgenden zwei Fällen.

Der erste Fall ist der Literatur entlehnt (5, Fall III).

Der Schiffsverwalter M. wurde im Juli 1902 mit weit vorgeschrittener Paralyse in das Krankenhaus aufgenommen. Rentenansprüche wurden begründet mit der Behauptung, das Schiff, auf dem M. bedienstet war, sei am 27. Januar 1902 in der Schelde gestrandet, und die Aufregung über diesen Vorgang habe bei M. die Paralyse herbeigeführt.

Nachforschungen ergaben indessen, daß M. schon längere Zeit vor dem angeblichen Trauma durch seine Gleichgültigkeit und Zerfahrenheit der Umgebung aufgefallen war, einem Zeugen sogar durch seine Sprachstörung, und daß diese paralytischen Erscheinungen bis zur Krankenhausaufnahme sich stetig, aber ohne Besonderheiten verschlimmert hatten. Von einem zeitlichen Zusammentreffen einer erheblichen Verschlechterung des Zustandes mit der Strandung war dagegen keinem Zeugen etwas bekannt. Die Strandung endlich bestand nur in einem leichten Auflaufen auf eine Sandbank. Ein Stoß wurde dabei kaum verspürt. Bestürzung unter der Schiffsmannschaft trat erst am nächsten Tage ein, als das Schiff von oben nach unten langsam aufbrach.

Ob M. trotz seiner sonstigen Gleichgültigkeit sich an dieser Bestürzung beteiligte, ist nicht festgestellt worden. Keinesfalls aber ist die Bestürzung für ihn ein folgenschweres Trauma gewesen. Denn es ließ sich sicher nachweisen, daß der Verlauf der Paralyse völlig unbeeinflußt geblieben, mithin nicht beschleunigt worden war durch die Bestürzung, die infolge des Aufbrechens vielleicht auch den M. erfaßt hatte.

In diesem Falle widerlegte die sorgfältige Prüfung der ursprünglichen Darstellung, daß selbst bei Anerkennung der immerhin fraglichen Gemütserschütterung ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dieser und der Zunahme der Paralyse sowie der Erwerbunfähigkeit bestand.

Der andere Fall befindet sich seit mehreren Monaten in der hiesigen Anstalt. Die Vorgeschichte erhielt ich von der Ehefrau und von einem langjährigen Freunde des Patienten. Eine ärztliche Bestätigung und Ergänzung der Krankheitsentwicklung war nicht zu beschaffen, da der Kranke angeblich schon seit Jahren nicht mehr ärztlich untersucht worden war.

Fall 3. M., Polizeischreiber. Braunschweig. 37 Jahre.

Erbliche Belastung negiert. Abus. spir. für frühere Jahre zugegeben. Lues nicht abgelehnt, aber auch nicht erwiesen. 3 gesunde Kinder.

Von 1901 an Überanstrengung bei der Arbeit. Wird reizbar, klagt häufig über Kopfschmerzen. Anfang 1907 schweres psychisches Trauma.



Im Zusammenhang mit diesem paralytischer Anfall, der Sprachstörung und Abnahme der Merkfähigkeit zurückläßt. Bleibt erwerbfähig bis Ende 1908.

Am 23. Januar 1909 Anstaltsaufnahme in Königslutter wegen vorgeschrittener Paralyse.

M. war Schreiber, später Kanzlist bei der Herzoglichen Polizeidirektion. Angeblich körperlich und geistig früher gesund. Keine nennenswerten Krankheiten bekannt. Verheiratet seit 1898. 3 gesunde Kinder, keines verstorben, keine Fehlgeburt. Lebte vor der Verheiratung zeitweise unsolide (Alkohol, sexuell), nach der Verheiratung einwandfrei. — 1901 wurde er wegen eines — angeblich unbegründeten — Verdachtes entlassen. Ein Jahr später, 1902, wurde er als Schreiber bei der Polizeidirektion wieder angenommen. In dieser Stellung wurde es ihm sehr schwer, seine Familie durchzubringen. Er erhielt monatlich trotz voller Beschäftigung nur 50 M., mußte mithin Nebenverdienst suchen und soll über seine Kräfte gearbeitet haben. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß diese Überarbeitung zum Untergraben seiner geistigen Widerstandskraft beigetragen hat. Einige Zeit nach seiner Wiederannahme als Schreiber fiel der Ehefrau auf, daß der früher ruhige und verträgliche Mann reizbar wurde und leicht auffuhr. Außerdem klagte er häufig über Kopfschmerzen. Für Anfang 1907 suchte M. seine Wiederanstellung als Kanzlist nach. Er hoffte bestimmt auf Erfolg, da sein Gesuch nach Mitteilung des Polizei-Präsidenten von diesem warm befürwortet war. Trotzdem kam vom Ministerium ein ablehnender Bescheid. Nach Eröffnung dieser Ablehnung kehrte M. ganz gebrochen nach Hause zurück, weinte den ganzen Tag. Am nächsten Tage ging er zwar zur Beschäftigung, hat aber auch auf dem Bureau andauernd geweint. Am Abend dieses Tages fühlte er sich schlecht und ging früh zu Bett. Plötzlich hörte die im Nebenzimmer sitzende Ehefrau ein „furchtbares Stöhnen" und fand ihren Mann bewußtlos am Boden liegend. (Nähere Einzelheiten haben sich ihr infolge des Schreckes nicht eingeprägt.) Nach Wiederkehr des Bewußtseins begann er über stechende Schmerzen im ganzen Körper anhaltend zu schreien. Am nächsten Morgen hatte er sich wieder beruhigt, aber schon an diesem Tage fiel der Ehefrau, bald darauf auch den Bekannten des M. eine Sprachstörung an ihm auf: „Er konnte nicht aussprechen oder ließ was weg. Er sprach nicht mehr korrekt, nicht mehr fließend." Ferner will die Ehefrau seitdem eine mehr und mehr zunehmende Gedächtnisschwäche und eine Steigerung der schon früher vorhandenen Reizbarkeit bemerkt haben. 14 Tage Urlaub, dann ging M. wieder zum Dienst und blieb trotz der angeführten Krankheitserscheinungen erwerbfähig, scheint auch im Beruf zur vollen Zufriedenheit gearbeitet zu haben. Denn zwecks Wiederholung des Antrages auf feste Anstellung wurden Ende 1908 vom Polizei-Präsidenten M.s Personalakten eingefordert. Da machten sich plötzlich die paralytischen Erscheinungen derart geltend, daß M. seinen Dienst nicht mehr versehen konnte. Bald darauf erfolgte

seine Aufnahme in Königslutter (23. Januar 1909). Hier wurde seither festgestellt:

Pupillen different, meist l > r. Beide reflektorisch nahezu starr. Zungentremor, schon bei der Unterhaltung Silbenstolpern. Rechter Facialis < linker. Sämtliche Reflexe sehr lebhaft. Fußklonus. — Anfangs ausgesprochene Euphorie, später häufige Stimmungschwankungen. Schwere Störung von Gedächtnis und Merkfähigkeit: kann über Früheres nur schlecht, über Letztvergangenes fast gar nicht Auskunft geben. Verliert in der Unterhaltung fortwährend den Faden. Kann weder rechnen noch einen Brief schreiben. Zeitweise Größenideen: verschenkt Papierschnitzel als 85 000 Millionen, ist deutscher Kaiser von Braunschweig usw. — Bisher in Königslutter typischer Verlauf der Paralyse.

Daß M. ein schweres psychisches Trauma erlitten hat, und daß dies Trauma für die deutliche Zunahme der sicher schon vorher bestehenden Paralyse verantwortlich gemacht werden darf, wird man zugeben müssen. Aber nachdem M. sich damals 14 Tage erholt hatte, blieb trotz jener Zunahme seine Erwerbfähigkeit nach allen Zeugenaussagen noch fast 2 Jahre unvermindert. Es ist möglich, daß ohne jenes Trauma die Erwerbfähigkeit länger erhalten geblieben wäre. Ebensowohl aber ist es möglich, daß die sicher schon vor dem Trauma vorhandene Paralyse auch ohne Unfall innerhalb zweier Jahre den jetzigen Grad erreicht haben würde. Für die „Wahrscheinlichkeit", daß bei M. der Eintritt der Erwerbunfähigkeit durch das Trauma „erheblich beschleunigt" worden sei, läßt sich nichts geltend machen.

Schwieriger als für das psychische Trauma gestaltet sich meist der Nachweis einer ursächlichen Mitwirkung für das k ö r p e r l i c h e Trauma, auf das innerhalb weniger Stunden oder Tage eine voll entwickelte Paralyse folgt. Wurde der Unfall verursacht durch einen Stoß, Schlag oder durch einen herabfallenden Gegenstand, so wird über ursächliche Beziehungen der Regel nach wohl Klarheit zu schaffen sein. Das Entgegengesetzte aber ergibt sich für körperliche Traumen, die gelegentlich eines Sturzes zustande kommen. Da in diesen Fällen vorausgesetzt werden muß, daß zum mindesten das Anfangstadium der Paralyse schon vor dem Sturz vorhanden war, so wird stets die nächstliegende Vermutung sein, daß ein paralytischer Schwindel- oder Schwächeanfall den Sturz verschuldete. Kann diese Annahme nicht widerlegt werden, dann wird sich kaum wahrscheinlich machen lassen, daß für die plötzliche Verschlimmerung der Paralyse das körper-



liche Trauma eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache gewesen ist.

Fall 4. K., Former, 44 Jahre alt, bis dahin angeblich völlig gesund (Lues?) und erwerbfähig, stürzt am 29. September 1908 eine Steintreppe hinab. Schwere Gehirnerschütterung. Während der Nacht beginnt bei Fortdauer der Bewußtseinstrübung eine starke motorische Erregung, in der schon nach wenigen Tagen die Paralyse erkennbar wird. Am 30. Oktober 1908 Aufnahme in Königslutter. Voll entwickelte Paralyse. Keine Rentensache. Das Zustandekommen des Sturzes konnte kein Zeuge schildern; die Angaben des Verletzten selbst erwiesen sich als völlig unsachlich.

Das zeitliche Zusammentreffen des schweren Unfalles und des Ausbruchs der voll entwickelten Paralyse genügt in diesem Falle nicht zum Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges. Aus der Entstehungsweise der Paralyse muß gefolgert werden, daß ihr Einleitungstadium bereits vor dem Unfall begann. Es ist mithin zum mindesten sehr wohl möglich, daß ein paralytischer Schwindelanfall zu dem Sturz führte. Daß sich aber an diesen Schwindelanfall nur deshalb eine die Erwerbfähigkeit aufhebende Verschlimmerung der Paralyse anschloß, weil ein schweres Trauma mitgewirkt hat, dafür fehlt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Eine sichere Entscheidung zugunsten oder zuungunsten des Verletzten wird in derartigen Fällen dem Sachverständigen kaum jemals möglich sein.

## Zweite Gruppe.

### Zwischen Trauma und Ausbruch der Paralyse liegen mehrere Monate.

Fall 5. K., Hilfsbremser. Braunschweig. 33 Jahre.

Über Erblichkeit und Lues nichts zu ermitteln. Potus negiert. Bis zum Unfall völlig gesund und erwerbfähig.

Am 12. November 1906 schweres körperliches Trauma. Im Februar 1907 Beginn der Erwerbunfähigkeit wegen „allgemeiner Nervosität“. Im März und April 1907 Krankenhausbehandlung. Paralyse. Am 20. August 1907 Aufnahme in Königslutter. Exitus am 25. Januar 1908.

Obergutachten vom 22. Oktober 1907: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. —

Über erbliche Belastung und Lues ist nichts festzustellen. Alkoholmißbrauch wird durch die Zeugen bestimmt abgelehnt. An überstandenen Krankheiten ist nur Influenza zu ermitteln. K. ist verheiratet und hat zwei angeblich gesunde Kinder. Keine Früh- oder Fehlgeburt. Bis zum



Unfall war K. nach Aussage der Ehefrau und zahlreicher vernommener Zeugen völlig gesund und erwerbfähig.

Am 12. November 1906 hat K. auf dem Güterbahnhof Königslutter zusammen mit einem anderen Eisenbahnangestellten Stabeisen auf einen offenen Güterwagen zu werfen. Der Mitarbeiter wirft sein Ende der Stäbe zu früh; K. verliert hierdurch auf der vorspringenden Rampe das Gleichgewicht und schießt von dieser hinunter zwischen Güterwagen und Schuppen. Mit welchem Körperteil er hierbei aufgeschlagen ist, darüber konnte niemand der Augenzeugen bestimmte Angaben machen. Übereinstimmend aber sagten alle aus, daß er an Schläfe und Backe blutete und an dieser Gesichtseite stark beschmutzt war. Nach der ganzen Art des Sturzes und nach diesem Befunde ist somit anzunehmen, daß er mit der einen Kopfseite auf den Boden aufgeschlagen ist. Zwei Mitarbeiter sprangen dem Gestürzten sofort nach, richteten den bewußtlos Daliegenden auf und brachten ihn in den Güterschuppen. Dort wurde er verbunden, erholte sich etwas, mußte aber, da er schwerbesinnlich und schwindelig, in einem Gepäckwagen nach Braunschweig transportiert werden. Daß er sich übergeben habe, wurde zwar von Zeugenseite behauptet, aber nicht allseits bestätigt. Zwei Tage nach dem Unfall nahm K. seine Beschäftigung wieder auf. Er verrichtete sie in gewohnter Weise, und ohne daß Vorgesetzte oder Mitarbeiter an ihm irgend etwas bemerkten, bis zum 5. Februar 1907 — also noch 12 Wochen nach dem Unfall. Dann meldet er sich krank. Ärztlicherseits wird er für arbeitunfähig erklärt wegen „allgemeiner Nervosität“. Irgendein Symptom der allgemeinen Nervosität ist in den damaligen ärztlichen Bescheinigungen nicht angeführt. Da bei häuslicher Behandlung keine Besserung eintritt, wird K. am 25. März 1907 — also 16 Wochen nach dem Unfall — dem Krankenhause überwiesen. Dort wird festgestellt leichte Erregbarkeit, weinerliche Stimmung, herabgesetzte Merkfähigkeit; reflektorische Pupillenträgheit, differente Patellarreflexe, Silbenstolpern. Vor der Aufnahme hat Patient nach seiner Angabe an Schwindelanfällen gelitten. Auf Verlangen seiner Ehefrau am 30. April 1907 Entlassung nach Hause. Dort anfangs „sehr schläfrig“. Allmählich indessen entwickelt sich Unruhe und Schlaflosigkeit. Am 28. Juli 1907 Wiederaufnahme in das Krankenhaus: Vorwiegend heitere Stimmung, nicht selten unterbrochen von Weinen. Behauptet, er sei ein Taucher und habe viele Millionen in der Nordsee gefunden. Rechnet weit schlechter als beim ersten Krankenhausaufenthalt. Auf körperlichem Gebiete nichts Neues festgestellt. Am 20. August 1907 Aufnahme in Königslutter. Anfangs noch leichte manische Erregung. Erzählt von dem großen Vermögen, das er sich als Taucher verdient habe, erzählt, obwohl er nie außer Landes gewesen, von seinen Kriegserlebnissen in China und Südwestafrika usw. Allmähliches Abklingen der Erregung. Ende Oktober 1907: Erinnerung an Früheres ist schlecht, fehlt für das letzte Jahr fast völlig. Örtlich sehr mangelhaft, zeitlich gar nicht

orientiert. Merkfähigkeit fast erloschen. Lebt gleichgültig und stumpf in den Tag hinein. Stößt schon bei ruhiger Unterhaltung an; „Flanelllappen" bringt er nicht mehr zustande. Reflektorische Starre beider weiten und gleichgroßen Pupillen. Facialis $r < l$, Zittern der Gesichtsmuskulatur bei mimischen Bewegungen. Zittern der beim Hervorstrecken stark nach l. abweichenden Zunge, starkes Zittern der gespreizten Finger, unsicherer, schwankender Gang. Patellarreflex beiderseits lebhaft, $l > r$; l. Fußklonus. — Fortschreitender körperlicher und geistiger Niedergang. Ende Dezember 1907 nochmals schwache Erregung mit depressiven Vorstellungen: Müsse seine Strafe antreten, habe gestohlen, seine Angehörigen vergiftet, Brandstiftung und Notzucht begangen usw. Rascher Verfall. Decubitus. Fieber. Exitus am 25. Januar 1908. Sektion; Pia convexit. weißlich verfärbt. Windungen klaffen. Beträchtlicher Hydrocephalus extern. Ventrikel stark erweitert, im IV. Ependym granuliert. Hirnrinde deutlich verschmälert. In der Intima Aortae einige stecknadelkopfgroße weißliche Erhebungen, die sich wie Sandkörner anfühlen. An Leber und Niere nichts. Lungentuberkulose.

Rentenansprüche wurden für K. erst im Mai 1907 — nach Aufhören der damals nur 13wöchigen Krankenkassenleistungen — geltend gemacht. Zwischen dem Unfall und den Zeugenvernehmungen lagen daher etwa 6 Monate, für eine erschöpfende Darstellung des Unfalls und seiner nächsten Folgen ein Nachteil, mit dem man in derartigen Fällen wohl stets wird rechnen müssen. Durch diese Zeugen- und Sachverständigenangaben ließ sich nun die Paralyse sicher bis zum 5. Februar 1907 zurückverfolgen. Die „allgemeine Nervosität", die dem K. zum erstenmal am 5. Februar bescheinigt wird, mußte als Paralyse gedeutet werden, da 6 Wochen später die Frühsymptome der Paralyse bereits vollzählig nachgewiesen wurden. Dagegen war über Gesundheitstörungen aus den 12 Wochen, die zwischen Trauma und dem 5. Februar lagen, keinem unbeteiligten Zeugen etwas erinnerlich. Über diese Zeit machte nur die Ehefrau des Verletzten positive Angaben. Sie behauptete mit aller Bestimmtheit: Seit dem Unfall klagte mein Mann ständig über Kopfschmerzen. Seit Anfang Januar traten Schwindelanfälle auf. Die Kopfschmerzen machten ihn schließlich arbeitunfähig. Sich mit den vom Unfall herrührenden Beschwerden früher zu melden, hat er unterlassen aus Furcht, seine kurz bevorstehende feste Anstellung könne sonst hinausgeschoben werden oder ganz unterbleiben.

Ich habe in meinem Gutachten damals ausgeführt, daß die Ehefrau im allgemeinen sicher keine unparteiische Zeugin ist. Hier indessen seien die Angaben derart bestimmt und klar, daß sie nicht mit Stillschweigen abgetan werden dürften. Würde aber den Angaben der Ehefrau Glauben geschenkt, dann sei nicht zu bezweifeln, daß der Unfall bei K. unbestimmte Beschwerden zurückgelassen habe, die im Hinblick auf den ferneren Krankheitsverlauf als die ersten Symptome der sich entwickelnden Paralyse anzusehen seien.

Indessen wenn für die Auslösung der Paralyse das Trauma verantwortlich gemacht werden sollte, dann mußte mit Sicherheit oder wenigstens größter Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, daß bis zum Unfall bei K. keinerlei leise paralytische Erscheinungen vorgelegen hatten. Andernfalls mußte dem Trauma jeder erkennbare Einfluß auf die Entwicklung der Paralyse bestritten werden. Denn wenn Kopfschmerzen, Schwindel oder ähnliche Gesundheitstörungen schon vor dem Trauma bestanden hatten, dann waren durch das Trauma weder diese Beschwerden hervorgerufen, noch eine erkennbare Beschleunigung der Paralyseentwicklung herbeigeführt. Das Ergebnis der angestellten Nachforschungen wurde anfangs für K. verhängnisvoll. Ein Mitarbeiter nämlich sagte bei der ersten Vernehmung aus, K. habe schon vor dem Unfall in Helmstedt an Schwindelanfällen gelitten. In erster Instanz wurde im ärztlichen Gutachten und in der Entscheidung die erwähnte Zeugenaussage als richtig angesehen und demgemäß der Rentenanspruch abgelehnt. Die Verhandlungen vor dem Schiedgericht indessen ergaben, daß jenem Zeugen — zufolge der monatelangen Zwischenzeit — eine Personenverwechslung widerfahren war. Die übrigen Mitarbeiter sowie die Ehefrau traten einstimmig dafür ein, daß R. vor dem Trauma niemals irgendwelche nervösen Erscheinungen gezeigt oder jemals über derartige Beschwerden geklagt habe.

Das Schiedgericht erkannte darauf an: Bis zum Unfall gesund, seit dem Unfall Paralyse, und bewilligte die Rente.

Bei K. fand eine ärztliche Untersuchung auf Paralyse wenigstens nach Ablauf der ersten 18 Wochen statt. Weit ungünstiger für Rentenansprüche und Gutachten lagen die Verhältnisse im nächsten Fall, bei dem ein psychisches Trauma in Betracht kam.

Fall 6. W., Pferdeknecht. Schöningen. 39 Jahre.

Erbliche Belastung und Potus negiert. 1895 Lues. Verheiratet seit 1896. 2 Frühgeburten, Kinder totgeboren. Bis zum Unfall voll erwerbfähig und gesund.

Am 9. Februar 1906 schweres psychisches Trauma. 5—6 Monate später nehmen für die Arbeitgeber erkennbar Zuverlässigkeit und Fleiß des W. ab. Im Februar 1907 körperlicher Zusammenbruch. Schleppt sich bei ärztlicher Behandlung noch den Sommer hin. Erst im Herbst 1907 Paralyse erkannt. Aufnahme in Königslutter 4. November 1907. Weit vorgeschrittene Paralyse. Exitus 9. Dezember 1908.

Gutachten 19. Februar 1908: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse wahrscheinlich. —

W. stammt aus bekannter Familie, nicht belastet. Potus allseits bestimmt abgelehnt. Lues durch den behandelnden Arzt bezeugt (wird der Ehefrau erst Herbst 1907 bekannt). In der Ehe zwei Entbindungen.





Beidemal Frühgeburt und tote Frucht. Im übrigen Ehe durchaus glücklich. Ferner war W. bis zum Unfall nach allseitigem Urteil „ein fleißiger, ordentlicher und zuverlässiger Arbeiter“. Über Krankheitserscheinungen irgendwelcher Art ist vor dem Unfall weder von ihm geklagt noch von Ehefrau oder Zeugen an ihm etwas bemerkt worden.

Am Abend des 9. Februar 1906 fuhr W. mit seinem Gespann nach der Kohlengrube Treue. Als er das Anschlußgleis der Grube passierte, sah er plötzlich neben sich die Laternen einer Lokomotive auftauchen, die keinerlei Signal gegeben hatte, und sah, wie die Lokomotive sein Gespann erfaßte (ein Pferd wurde getötet, das zweite schwer verletzt). Im höchsten Schreck sprang er vom Wagen. Über das, was dann geschah, fehlte ihm jede Erinnerung. — Hinter ihm fuhr ein zweites Gespann, dessen Führer das Unglück in der von W. geschilderten Weise geschehen sah. Wie W. von seinem Wagen hinuntergekommen, wußte dieser zweite Knecht nicht. Er meint, W. sei hinuntergeschleudert. Er hat sich aber nicht um den Arbeitgefährten, sondern um das überlebende, verletzte Pferd bekümmert. — Aber es war noch ein weiterer Zeuge vorhanden, ein dienstfreier Lokomotivführer, der am Fenster eines unmittelbar neben der Unglückstelle stehenden Hauses saß. Auch dieser sah das Unglück geschehen. Er eilte sofort hinaus und — ich zitiere seine Zeugenaussage — „da stand der Knecht W. bei den Pferden und war vor Schreck ganz starr, redete immer, da liegen sie nun, und war totenbleich. Daß er besinnunglos war, habe ich nicht bemerkt.“ Nach etwa 1¼ Stunden führte W. das überlebende Pferd nach Hause. Er war unverletzt, aber den ganzen Abend völlig gestört, hat weder an diesem Abend noch am nächsten Tage etwas gegessen oder getrunken.

Der Sprung vom Wagen mag wohl eine Körpererschütterung bewirkt haben, jedenfalls aber wird man nach den Zeugenaussagen nicht von einem nennenswerten körperlichen Trauma sprechen können. Dagegen handelt es sich um einen Schreck, dessen Grad — wie auch die Reaktion bei W. beweist — zweifellos erheblich über das Durchschnittsmaß einer ernsten Gemütsbewegung hinausging. Auf W. hat zweifellos ein schweres psychisches Trauma eingewirkt.

Rentenansprüche wurden erst nach der Anstaltsaufnahme des W., also erst 20 Monate nach dem Unfall, geltend gemacht. Über die erste Zeit nach dem Trauma konnte nur die Ehefrau aussagen. Ihre Schilderung, die sie zuerst mir zu Protokoll gab, war klar und bestimmt; über die Tragweite ihrer Mitteilungen konnte sie, wie ich auch in dem Gutachten hervorhob, kaum ein genügendes Urteil haben. Sie erzählte: Zwei Tage nach dem Unfall begann W. mit Klagen über Kopfschmerzen, die ihn nicht wieder verließen. Aber er meldete nichts aus Furcht, er könne in den unverschuldeten Verdacht des Trinkens kommen. Die ihm vorläufig übertragene Arbeit — er mußte sich der Pflege des verletzten Pferdes widmen — verrichtete er einwandfrei. Nach etwa 5 Wochen bekam er

auf seine Bitte ein anderes Gespann. Mehrere Wochen, nachdem er das neue Gespann geführt, fiel der Frau W. an ihrem Ehemann verschiedenes auf, was in vollem Gegensatz zu früher stand und sich ihr deshalb eingeprägt habe: er vergaß häufig Gegenstände, die zu seiner Tagesbeschäftigung notwendig waren; die Ehefrau brachte sie ihm nach. Oder er vergaß, daß er einen erforderlichen Gegenstand mitgenommen hatte, und kehrte von der Arbeitstelle zurück, um ihn zu holen. Und ferner wurde zu gleicher Zeit der früher durchaus verträgliche und friedliche Mensch reizbar und brauste um nichts auf. — Im Sommer 1906 — also 5—6 Monate nach dem Unfall — fiel es bereits seinen Arbeitgebern nach deren Zeugenaussagen auf, daß bei W. Zuverlässigkeit und Fleiß abnahm. „Sie mußten mehrfach Gelegenheit nehmen, ihm Vorwürfe zu machen.“ Von da an ging es nach Schilderung der Ehefrau mit W. bergab. Im Februar 1907 erfolgte auch der körperliche Zusammenbruch. W. stürzte unter einem Kohlensack, dessen Gewicht er in gesunden Tagen stets ohne Anstrengung getragen hatte. An Paralyse scheint indessen auch damals noch nicht gedacht zu sein. Er wurde auf „Rheumatismus“ behandelt. In den folgenden Monaten arbeitete W. zuweilen etwas, meist aber saß er zu Hause und ließ seine Frau für den Gelderwerb sorgen. Im Sommer 1907 „gab er häufig auf Fragen ganz verkehrte Antworten“, seine „Verwirrtheit“ nahm mehr und mehr zu, er wurde schlaflos, erregt und bedrohte schließlich das Leben seiner Frau. Am 4. November 1907 Anstaltsaufnahme in Königslutter. Hier in den ersten Wochen: starke manische Erregung. Schlaflos. Zeitlich schlecht, örtlich gar nicht orientiert. Eine Anzahl zutreffender, aber zusammenhangloser Erinnerungen aus der Vergangenheit. Aus der Gegenwart scheint gar nichts zu haften. Bescheidene Größenideen: Will Pastor werden in Schöningen bei der Kgl. Sächs. Fußartillerie. Habe hierzu schon 3 grüne Röcke und sei Oberamtmann in Schöningen. Körperlich: Verschleift schon beim gewöhnlichen Sprechen. Kein Paradigma möglich. Pupillen $r > l$, beiderseits reflektorisch fast starr. Facialis $l < r$. Flattern der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen. Patellarreflexe erloschen; stampfender unsicherer Gang. Stark herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit an den unteren Extremitäten. — Bleibt fast während der ganzen Anstaltsbeobachtung manisch in wechselnder Intensität. Im Februar 1908 vorübergehend Kleinheitsideen. April 1908: wirft mit Millionen um sich. Vom Sommer 1908 an geistig völlig verödet. Spricht fast gar nicht mehr; quält höchstens noch einige Wörter lallend hervor. Vom 7. Dezember 1908 an Temperatursteigerungen. Moribund. Exitus am 9. Dezember 1908.

Sektion: Pia convex. weißlich verdickt, ödematös, besonders über den Stirnlappen. Gyri abgeflacht. Rinde stark verschmälert. Ventrikel erweitert, klare Flüssigkeit. Ependym, besonders im IV. Ventrikel, granuliert. Keine Herde in den Zentralganglien. Rückenmark ohne makroskop. Veränderung. — Im Anfangsteil der Aorta Plaques, die Intima





ohne regressive Erscheinungen. Rechts Pneumonie des U nterappen L. Lunge, Herz und Leber ohne nennenswerte Veränderungen.

In dem Gutachten hatte ich mich mit derselben Beweisführung wie bei K. (Fall 5) für den ursächlichen Zusammenhang ausgesprochen. Die Berufsgenossenschaft indessen lehnte mit einer m. E. keineswegs ausreichenden Begründung den Rentenantrag ab. Der inzwischen für W. bestellte Vormund versäumte rechtzeitig Berufung einzulegen. Nach dem Tode des Kranken bat die Ehefrau mich nochmals um eine gutachtliche Äußerung, falls die Sektion neue Anhaltspunkte für den traumatischen Ursprung ergeben hätte. Diese Frage mußte nun allerdings verneint werden und wird sich nach den bisher veröffentlichten Sektionsergebnissen auch wohl kaum jemals bejahen lassen. Dagegen habe ich in der erneuten gutachtlichen Äußerung über W. auf den verhältnismäßig raschen Verlauf seiner Paralyse hingewiesen. Die Dauer der „manifesten" Paralyse wird zu 2—3 Jahren angenommen. Für die Berechnung der Gesamtdauer kommt hierzu das Einleitungstadium, über dessen Dauer nur das Eine feststeht, daß es sich über Jahre ausdehnen kann. Eine Ausnahmestellung gegenüber dieser unsicheren Berechnung nehmen die durch ein Trauma ausgelösten Paralysen ein. Bei ihnen beginnt das Einleitungstadium mit dem Trauma. Wenn trotzdem zwischen Trauma und Tod bei K. nur 14 Monate, bei W. nur 2 Jahre 10 Monate lagen, so wird man berechtigt sein, von einem unverhältnismäßig raschen Verlauf zu sprechen. Die beiden genannten Fälle sind indessen keine Ausnahmeerscheinungen. In der überwiegenden Mehrzahl zeigen auch die sonst veröffentlichten Fälle die rasche Verlaufsart. — Ein sicherer Beweis für die traumatische Auslösung der Paralyse ist nun die kurze Dauer gewiß nicht. Die „galoppierende Form" wird auch ohne Mitwirkung eines Traumas beobachtet. Bei W. indessen scheint dieser Hinweis seinen Zweck erfüllt zu haben. Das Schiedgericht hat die Sache zur erneuten Verhandlung angenommen, und nach einer brieflichen Mitteilung des Vorsitzenden wird voraussichtlich dem Rentenanspruch stattgegeben werden.

Bei K. und W. wird die Paralyse erst mehrere Monate nach dem Trauma erkennbar. Aber vom Trauma zur unbestreitbaren Paralyse, für deren Vorhandensein vor dem Trauma auch nicht die mindesten Andeutungen ermittelt werden konnten, leiten hinüber allgemeine, unbestimmte Beschwerden, die aus dem Einleitungstadium der Paralyse bekannt sind. In beiden Fällen läßt das Trauma einen bleibenden Kopfschmerz zurück, bei K. außerdem Schwindelanfälle. Diese unbestimmten Erscheinungen einer Gesundheitstörung gehen ohne Unterbrechung über in den unzweideutigen paralytischen Symptomkomplex. Dieser ist 4—5 Monate nach dem Unfall klar entwickelt. Von da an nimmt die Paralyse ihren typischen Verlauf.



Der positive Nachweis der ersten Unfallsfolgen stützt sich beidemal nur auf die Aussagen der Ehefrau. Die gleiche Schwäche wird die Beweisführung in ähnlichen Fällen der Regel nach haben. Immerhin wird man bei der Seltenheit der Fälle in Betracht ziehen dürfen, daß die Kenntnis der erforderlichen Symptome kein Allgemeingut der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen ist, und wird einer ruhig und sachlich schildernden Ehefrau nicht ohne weiteres Mißtrauen entgegenzubringen brauchen.

Anders steht es um die zweite Frage: War der Verletzte vor dem Trauma tatsächlich noch nicht paralytisch. Auch bei ihr wird der Arzt wohl stets auf die Angaben der nächsten Umgebung angewiesen sein, wird die Frage kaum jemals aus eigenem Wissen entscheiden können. Daß aber die Laienumgebung außerstande ist, trotz täglichen Umganges mit dem Verletzten die Einleitungsymptome zu erkennen, beweisen die zuerst geschilderten Fälle. Dort ließ sich durch einen glücklichen Zufall ärztlicherseits aufklären, daß trotz aller Zeugenaussagen die Paralyse schon vor dem Trauma begonnen hatte. Für die psychiatrische Auffassung der Gruppe II ist es eine durchaus nicht fernliegende Vermutung, daß auch bei einem großen Teil der zu ihr gehörenden Fälle eine traumatische Verschlimmerung, nicht aber eine traumatische Auslösung stattgefunden hat. Hinreichend widerlegt wird diese Vermutung weder durch die Fälle 5 und 6 noch durch irgendeinen entsprechenden Fall der Literatur. Ebensowenig freilich läßt sie sich aus der bisher vorliegenden Literatur beweisen. Es fehlt noch ein ähnlich glücklicher Zufall wie bei den Fällen der Gruppe I. Sollte aber der noch fehlende Nachweis auch bei den Fällen der Gruppe II gelingen, dann würde es selbst für die „Disponierten" zum mindesten fraglich werden, ob ein Trauma den paralytischen Krankheitsprozeß überhaupt auslösen kann. Mir scheint das Wahrscheinlichste zu sein, daß der paralytische Symptomkomplex auf ein Trauma nur dann folgt, wenn schon vor dem Trauma die paralytische Zerstörung des Zentralnervensystems begonnen hat, und daß es nur von dem Grade der pathologisch-anatomischen Veränderung abhängt, ob das Trauma zu einer stürmischen oder zu einer langsamen Entwicklung der Krankheitsymptome führt.

Die endgültige Entscheidung dieser Frage hat indessen nur für die Psychiatrie Bedeutung. Für das Unfallgutachten ist sie ohne ein-

schneidende Wirkung. *Gieselers* hiervon abweichender Anschauung vermag ich nicht beizupflichten. Denn wenn sich auch alle Unfallparalysen als traumatische Verschlimmerungen herausstellen sollten: unberührt bleiben würde hierdurch die Tatsache, daß für eine die Erwerbfähigkeit aufhebende Zunahme der Paralyse das Trauma eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache sein kann. Eine derartige Mitwirkung wird aber auch in Fällen der Gruppe II anzunehmen sein, wenn Befinden und Erwerbfähigkeit des Verletzten nach allseitigem Zeugnis bis zum Trauma keinerlei Bedenken veranlaßten, während im zeitlichen Zusammenhang mit dem Trauma Gesundheitstörungen begannen, aus denen in absehbarer Zeit die ausgebildeten Krankheitserscheinungen der Paralyse wurden.

Es bleibt noch zu untersuchen, was unter absehbarer Zeit zu verstehen ist, oder mit andern Worten, innerhalb welcher Zeit auf das Trauma die ausgebildeten Krankheitserscheinungen folgen müssen, falls ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse besteht.

In der Literatur (5) ist die Möglichkeit gestreift, daß aus dem Unfall zuerst eine länger dauernde Psychoneurose hervorgeht, die allmählich durch die Paralyse ersetzt wird. Dieses sicher nur äußerst seltene Vorkommnis lasse ich außer Betracht. Schiebt sich zwischen Trauma und Paralyse keine derartige Vorkrankheit ein, so wird man nach den bisher vorliegenden Veröffentlichungen spätestens fünf Monate nach dem Unfall die ausgebildeten Krankheitserscheinungen der Paralyse erwarten dürfen. Denkbar ist es gewiß, daß sich auch bei etwas langsamerer Entwicklung der ursächliche Zusammenhang noch nachweisen läßt. Aber je länger die Zwischenzeit sich ausdehnt, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit werden, daß das Trauma für die Ausbildung der Paralyse und die durch sie bedingte Erwerbunfähigkeit eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache gewesen sei.

Zwischen angeblichem Trauma und manifester Paralyse lagen mehrere Jahre in dem folgenden Falle:

Fall 7. K., Tischler. Braunschweig. Geboren 1873.

Belastung und Potus bestimmt negiert. Wahrscheinlich 1897 Lues. Verheiratet seit 1903. Ein gesundes Kind. Angeblich Kopftrauma 1901 oder 1902.

Paralytische Initialsymptome bemerkt um Pfingsten 1905.



Anstaltsaufnahme 11. August 1905. Bald schweres manisches Zustandsbild der Paralyse, das ungeschwächt bis zum Tode anhält.

Exitus: 22. März 1906.

Gutachten: Die Wahrscheinlichkeit einer ins Gewicht fallenden Mitwirkung des Traumas läßt sich nicht beweisen. —

Kam im August 1905 als forensischer Fall in meine Beobachtung. Beginnende Paralyse: Merkfähigkeit schlecht. Im Gegensatz zu früher ethisch recht bedenklich. Stimmungschwankungen. Pupillen meist r > l, träge Reaktion. Facialis r < l. Leichtes Silbenstolpern. Patellarreflexe fehlten. Romberg. Der über sein Vorleben damals noch völlig orientierte K. gab an, daß er sich 1897 sexuell infiziert habe und von einem Arzt durch 4—5 Einspritzungen unter die Gesäßhaut behandelt sei. Der von ihm genannte und gerichtseits vernommene Arzt konnte sich indessen zu dieser Angabe nicht äußern. Das Strafverfahren gegen K. wurde eingestellt; er blieb als Kranker bis zu seinem Tode in Königslutter. — Im Oktober 1905 begann eine schwere manische Erregung mit maßlosen Größenideen. Besitzt große Reichtümer; hat den chinesischen Krieg mitgemacht und mit 3 glühenden Patronen 90 Millionen Menschen erschossen; ist adelig und will die Gräfin X. heiraten. Pupillen r > l, beide fast starr. Zunge weicht unter fibrillären Zuckungen nach r ab. Schwere Sprachstörung. Patellarreflex fehlt beiderseits, die übrigen Reflexe ziemlich lebhaft. Deutlicher Romberg. Hypalgesie. — Unter Fortdauer aller dieser Krankheitserscheinungen trat zunehmende Abmagerung ein. Am 22. März 1906 erfolgte der Tod.

K. hatte nun bereits im Beginn seiner Beobachtung erzählt, im Jahre 1901 oder 1902 sei ihm aus etwa 2 Meter Höhe eine hölzerne Schraubenzwinge auf den Kopf gefallen. Eine äußere Verletzung habe er hierbei nicht erlitten, auch scheinen keine Erscheinungen von Gehirnerschütterung hervorgetreten zu sein. Dagegen hätten sich seit jenem Unfall häufig und immer an der getroffenen Schädelpartie Kopfschmerzen eingestellt. Das Gleiche wurde unabhängig von K. auch seitens seiner Angehörigen mitgeteilt. Aber K. und seine Angehörigen gaben bei diesen Erörterungen stets an, die Kopfschmerzen hätten während der ersten Jahre weder an Stärke noch an Häufigkeit zugenommen, anderweitige Störungen des geistigen oder körperlichen Befindens seien nicht hinzugetreten, und die Erwerbfähigkeit hätte durch den Unfall und seine Folgen nicht die mindeste Einbuße erlitten. Eine Verschlechterung wurde von der Familie, den Bekannten und den Arbeitgebern des K. zuerst bemerkt zwischen Ostern und Pfingsten 1905: Die Kopfschmerzen steigerten sich; zeitweise bestand Schlafsucht; mit den früher vorzüglichen Leistungen des R. ging es abwärts. Am 29. Juni 1905 begeht K. dann ein schweres Sittlichkeitsdelikt, indessen sind die paralytischen Symptome noch während der nächsten Wochen so wenig ausgeprägt, daß ihr Nachweis im Gefängnis nicht gelingt.



Nach dem Tode des K. wurden nun von seinen Hinterbliebenen Rentenansprüche geltend gemacht mit der Begründung, das Trauma des Jahres 1901 oder 1902 habe die Paralyse des K. verursacht. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Paralyse ergäbe sich aus den Kopfschmerzen.

Für die Rentenbewilligung war notwendig ein Nachweis der Wahrscheinlichkeit, daß jenes Trauma für die durch die Paralyse bedingte Erwerbunfähigkeit des K. eine ins Gewicht fallende mitwirkende Ursache gewesen sei. Für eine derartige Wahrscheinlichkeit aber waren nicht genügend Anhaltspunkte zu ermitteln. Zwischen Trauma und den von der Umgebung bemerkten Initialsymptomen lagen statt weniger Monate 3—4 Jahre. Während dieser Jahre hatte K. allerdings vielfach an Kopfschmerzen gelitten, die vor dem Trauma angeblich nicht vorhanden gewesen waren. Indessen diese einzige Gesundheitstörung hatte während der mehrjährigen Zwischenzeit weder an Häufigkeit noch Stärke zugenommen, und weitere Gesundheitstörungen hatten sich ihr nicht zugesellt. Auf die Erwerbfähigkeit endlich waren die Kopfschmerzen ohne Einfluß geblieben. Gewiß war es möglich, daß die Kopfschmerzen bei K. das erste paralytische Symptom darstellten. Gleich möglich aber war auch, daß die jahrelang sich gleichbleibenden Kopfschmerzen mit der erst später einsetzenden Paralyse gar nichts zu tun hatten, und daß erst die Steigerung der Beschwerden (nach Ostern 1905) durch die Paralyse bedingt war. Irgendwelche weiteren Tatsachen, die sich zugunsten einer der beiden Möglichkeiten hätten verwenden lassen, waren auch den beteiligten Angehörigen nicht bekannt.

Die Wahrscheinlichkeit, daß bei K. das Trauma den Eintritt der Erwerbunfähigkeit erheblich beeinflußt, beschleunigt habe, konnte ich somit in dem Gutachten nicht vertreten.

Aus den besprochenen Fällen hat sich ergeben: Eine Paralyse, die in voller Entwicklung unmittelbar auf ein Trauma folgt, ist stets, auch wenn an dem Verletzten vor dem Trauma keinerlei Gesundheitstörungen bemerkt wurden, die plötzliche Verschlimmerung einer schon vor dem Trauma vorhandenen Paralyse. Zeigen sich dagegen unzweideutige paralytische Symptome, für deren Auftreten ein Trauma verantwortlich gemacht wird, erst längere Zeit nach diesem Trauma, so ist bisher zwar mit der Möglichkeit zu rechnen, daß in derartigen Fällen der paralytische Krankheitsprozeß erst durch das Trauma ausgelöst wurde. Aber es ist eine sehr naheliegende, wiewohl noch nicht sicher bewiesene Vermutung, daß aus einem Trauma nur dann eine Paralyse hervorgeht, wenn die paralytische Veränderung des Zentralnervensystems schon vor dem Trauma begonnen hatte.

Macht eine angeblich traumatisch entstandene Paralyse den Verletzten erwerbunfähig, so ist zur Begründung von Rentenansprüchen notwendig der Nachweis, daß das Trauma für diese Schädigung der Gesundheit und Erwerbfähigkeit eine ins Gewicht fallende, mitwirkende Ursache gewesen ist. Die Feststellung, daß die Paralyse bei dem Verletzten schon vor dem Unfall begonnen hatte, macht den Rentenanspruch nicht hinfällig, falls sich nachweisen läßt, daß das Trauma den durch die Paralyse bedingten Eintritt der Erwerbunfähigkeit erheblich beeinflußt, beschleunigt hat. Für die Berechtigung des Rentenanspruchs ist es ohne Belang, ob das Trauma zu einer stürmischen oder zu einer langsamen Entwicklung der Paralyse führte.

## Literatur.

1. *Näcke*, Erblichkeit und Prädisposition resp. Degeneration bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psych., Bd. 41.
2. *Dreyfus*, Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse? Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, S. 627.
3. *Kölpin*, Trauma und Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, S. 738.
4. *Werner*, Über Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1902 (mit eingehender Literatur bis 1898).
5. *Gieseler*, Paralyse und Trauma. Arch. f. Psych., Bd. 40, und die dort angeführte Literatur.
6. *Adam*, Ein Fall von progressiver Paralyse im Anschluß an einen Unfall durch elektrischen Starkstrom. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 63, S. 428.
7. *Eulenburg*, Über Nerven- und Geisteskrankheiten nach elektrischen Unfällen. Berl. klin. Wochenschr. 1905., Nr. 2 und 3.
8. *Reinhold*, Dem. paralytic. nach Unfall. Neurolog. Zentralbl. 1905.
9. *Kriege*, Psychisches Trauma und progressive Paralyse. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 55.



## Kleinere Mitteilungen.

Der 4. Kongreß für experimentelle Psychologie findet vom 19. bis 22. April 1910 in Innsbruck statt. Folgende Referate sind in Aussicht genommen: *M. Geiger*, Über das Wesen und die Bedeutung der Einfühlung; *B. Kreidl*, Die Funktion des Vestibularapparates; *C. von Monakow*, Aufbau und Lokalisation der Bewegungen beim Menschen; *P. Ranschburg*, Ergebnisse der experimentellen Forschung auf dem Gebiete der Pathologie des Gedächtnisses. — Etwaige Anmeldungen oder Anfragen werden an den Vorsitzenden des Lokalkomitees, Prof. Dr. *Fr. Hillebrand* in Innsbruck, erbeten.

---

Vom 2. bis 6. Oktober 1910 tagt zu Berlin im Hause der Abgeordneten der von dem Deutschen Verein für Psychiatrie vorbereitete 4. Internationale Kongreß der Fürsorge für Geisteskranke (s. diese Ztschr. Bd. 66, S. 710).

Der Kongreß befaßt sich nicht ausschließlich mit den Fragen und Aufgaben der zeitgemäßen Behandlung und Unterbringung psychisch Leidender, er will vielmehr alle Untersuchungen, Maßregeln und Einrichtungen zusammenfassen, die dem Schutze geistiger Gesundheit in jeder Richtung dienen.

Er will deshalb der Schädigung des Geisteslebens aus sozialen Mängeln und hygienischen Übelständen nachgehen, die Entstehung geistiger Erkrankung von frühester Kindheit ab aufklären und ihre möglichste Verhütung anbahnen. Er soll die Heilmittel bei abnormen psychischen Zuständen fördern: die Behandlung innerhalb und außerhalb der Anstalten, die geordnete Familienpflege, die Beschäftigung, die Unterstützung der Kranken und ihrer Familien, die Ordnung ihrer rechtlichen Verhältnisse, die Beihülfe und Fürsorge nach Anstaltsbehandlung. Die Erziehung und den Schutz der jugendlichen Psychopathen und Entwicklungschwachen will er auf Grund wissenschaftlicher Erfahrung ausbilden.

Anmeldungen zu Vorträgen nimmt Prof. Dr. *Boedeker*, Berlin-Schlachtensee, Fichtenhof, entgegen. Andere den Kongreß betreffende Anfragen ist Oberarzt Dr. *Falkenberg*, Berlin-Lichtenberg, Herzbergstr. 79 zu beantworten bereit.





Mit dem Kongreß wird eine Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke verbunden sein, die eine vollständige Übersicht über die in den letzten drei Dezennien auf diesem Gebiete in Deutschland gezeitigten Fortschritte und einen orientierenden Überblick über die in anderen Kulturstaaten geschaffenen Einrichtungen gewähren soll. Bereits jetzt haben die meisten deutschen Behörden ihre Beteiligung zugesagt, so daß die Ausstellung sehr lehrreich zu werden verspricht.

In der Ausstellung selbst, die ebenfalls in den Räumen des Hauses der Abgeordneten stattfindet, sollen einige erläuternde Vorträge gehalten werden.

Anmeldungen und Anfragen betreffend die Ausstellung sind zu richten an Prof. Dr. *Alt*, Uchtspringe (Altmark).

---

Eine Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten ist am 24. 11. 1909 in Regensburg mit etwa 20 Mitgliedern gegründet worden. Als Tagungsort für die nächste Versammlung wurde München gewählt, die Festsetzung der Zeit (Juli bis September) dem Vorstand überlassen. Die Vereinigung soll dem Caritasverbande für das katholische Deutschland angegliedert werden und in dessen Blättern und Jahrbüchern die notwendigen Ausschreibungen mitsamt den Versammlungsberichten erscheinen. Ebenso soll mit dem Deutschen Verein für Psychiatrie ein freundnachbarliches Verhältnis gepflogen werden durch Mitteilung der Ausschreibungen und Berichte. Als Vorsitzender wurde Kurat Dr. *Ignaz Familler*-Karthaus-Prüll, als Kassenführer Pfarrer *Seb. Weber*-Deggendorf, als Schriftführer Pfarrer Dr. *Joh. Muth*-Eglfing gewählt.

---

Die Provinzialanstalt Düren wurde am 14. Dezember von einem Großfeuer heimgesucht. Gegen ½1 Uhr bemerkten Pflegerinnen im oberen Stockwerk des linken Flügels der Frauenabteilung Feuer, das rasch um sich griff. Die Anstalt verfügt über eine aus Pflegern und Beamten sich zusammensetzende, straff organisierte Anstaltswehr, die sofort alarmiert wurde und rasch unter umsichtiger Leitung des Oberarztes Dr. *Becker* in Tätigkeit trat. Schwierigkeiten machte zuerst die Wasserzufuhr, die nicht sofort voll ausgenutzt werden konnte. In den Abteilungen des Flügels befanden sich nur alte, sieche, völlig hülflose Frauen. Sie wurden von den Ärzten und dem Pflegepersonal in Decken eingeschlagen, aus dem brennenden Hause entfernt und in einem anderen, nicht gefährdeten Bau untergebracht. Das ganze Rettungswerk wickelte sich ruhig und glatt ab. Inzwischen nahm das Feuer an Ausdehnung zu, so daß der ganze Flügel geräumt werden mußte. Ein Teil des Mobiliars konnte gerettet werden. Der Anstaltswehr kamen zunächst die Wehren



# Nachweisung derjenigen Personen,

**welche in den Jahren 1906, 1907 und 1908 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand a) auf Grund des § 81 Str.P.O. in öffentliche und b) gemäß § 656 Z.P.O in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind.**[1])

**a) Gemäß § 81 Str.P.O. sind in öffentliche Anstalten für Geisteskranke aufgenommen:**

| Provinz | Anzahl der beteiligten Anstalten | Erwachsene | | Jugendliche (unter 18 Jahren) | | Zusammen (Spalten 3—6) | Hiervon (Spalte 7) wurde | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 Str.G.B. z. Zt. der Tat | | eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei |
| | | männliche Personen | weibliche Personen | männliche Personen | weibliche Personen | | als vorliegend od. ihr Ausschluß als begründ. Zweifeln unterworfen erachtet bei | nicht angenommen bei | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ostpreußen | 2 | 47 | 9 | — | — | 56 | 32 | 22 | 2 |
| Westpreußen | 3 | 29 | 10 | 2 | — | 41 | 23 | 18 | — |
| Berlin (Klinik der Königlichen Charité) | 1 | 118 | 26 | 2 | 2 | 148 | 59 | 85 | 4 |
| Brandenburg (Anstalten der Stadt Berlin) | 4 | 109 | 1 | 2 | — | 112 | 79 | 28 | 5 |
| Brandenburg (Provinzialanstalten) | 4 | 63 | 11 | 1 | — | 75 | 47 | 22 | 6 |
| Pommern | 4 | 61 | 8 | 3 | 2 | 74 | 37 | 34 | 3 |
| Posen | 4 | 55 | 12 | 3 | — | 70 | 34 | 36 | — |
| Schlesien | 11 | 177 | 36 | 11 | 3 | 227 | 148 | 71 | 8 |
| Sachsen | 5 | 110 | 13 | 2 | 1 | 126 | 66 | 59 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 3 | 84 | 4 | 2 | 1 | 91 | 54 | 37 | — |
| Hannover | 4 | 95 | 10 | 1 | — | 106 | 62 | 42 | 2 |
| Westfalen | 5 | 108 | 11 | 3 | 2 | 124 | 75 | 44 | 5 |
| Hessen-Nassau | 4 | 116 | 14 | 4 | — | 134 | 73 | 54 | 7 |
| Rheinprovinz | 9 | 308 | 26 | 8 | 1 | 343 | 207 | 127 | 9 |
| Hohenzollernsche Lde. | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| zusammen | 63 | 1480 | 191 | 44 | 12 | 1727 | 996 | 679 | 52 |



**b) Gemäß § 656 Z.P.O. sind in öffentliche und Privatanstalten aufgenommen:**

| Provinz | Anzahl der beteiligten Anstalten | Erwachsene: männliche Personnn | Erwachsene: weibliche Personen | Jugendliche (unter 18 Jahren): männliche Pers. | Jugendliche (unter 18 Jahren): weibliche Pers. | Zusammen (Spalten 3—6) | Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge von Geisteskrankh. gem. § 6, 1 B.G.B. | Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet als nicht vermögend, ihre Angelegenheiten zu besorg. infolge von Geistesschwäch. gm. § 6, 1 B.G.B. | Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet: Zusammen (Spalt. 8 u. 9) | Hiervon (Spalte 7) wurden erachtet als vermögend, ihre Angelegenh. z. besorg. | Hiervon (Spalte 7): wurde eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Ostpreußen | 2 — | 7 — | 2 | — | — | 9 — | 7 | 1 — | 8 — | 1 — | — |
| Westpreußen | 2 — | 1 — | 1 | — | — | 2 — | 1 | — — | 1 — | 1 — | — |
| Berlin (Klinik der Königlichen Charité) | 1 — | 1 — | — | — | — | 1 — | — | 1 — | 1 — | — — | — |
| Brandenburg (Anstalten der Stadt Berlin) | 1 — | 1 — | — | — | — | 1 — | 1 | — — | 1 — | — — | — |
| Brandenburg (Provinzialanstalten) | 3 — | 5 — | — | — | — | 5 — | 2 | 1 — | 3 — | 1 — | 1 |
| Pommern | 2 — | 2 — | — | — | — | 2 — | 1 | 1 — | 2 — | — — | — |
| Posen | 1 — | 1 — | — | — | — | 1 — | — | — — | — — | 1 — | — |
| Schlesien | 6 *2* | 8 *2* | 2 | — | — | 10 *2* | 3 | 2 — | 5 — | 5 *2* | — |
| Sachsen | 6 *2* | 7 *2* | 3 | — | — | 10 *2* | 7 | 1 — | 8 — | 2 *2* | — |
| Schleswig-Holstein | 2 — | 2 — | 3 | 1 | — | 6 — | 4 | 1 — | 5 — | 1 — | — |
| Hannover | 2 — | 4 — | 1 | — | — | 5 — | 2 | 1 — | 3 — | 2 — | — |
| Westfalen | 3 — | 3 — | 1 | — | — | 4 — | 2 | 2 — | 4 — | — — | — |
| Hessen-Nassau | 1 — | 6 — | 1 | — | — | 7 — | 2 | 3 — | 5 — | 2 — | — |
| Rheinprovinz | 7 *1* | 6 *2* | 3 | — | — | 9 *2* | 1 | 5 *2* | 6 *2* | 2 — | 1 |
| Hohenzollernsche Lde. | — — | — — | — | — | — | — — | — | — — | — — | — — | — |
| zusammen | 39 *5* | 54 *6* | 17 | 1 | — | 72 *6* | 33 | 19 *2* | 52 *2* | 18 *4* | 2 |

[1]) Vom Kgl. Preußischen Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten zur Veröffentlichung übersandt. Vergl. diese Ztschr. Bd. 60, S. 637; Bd. 62, S. 123: Bd. 63, S. 764. — Die Zahlen der in Privatanstalten beobachteten Personen sind *kursiv* gedruckt.





der Firma Gebrüder Schüll und F. G. Schöller, später die städtische freiwillige Feuerwehr mit der Dampfspritze zu Hülfe. Die Wehr schaffte dem Feuer Luft, doch brannte das Dach und das obere Stockwerk vollständig aus. Herabstürzendes Gebälk und Mauerwerk beschädigte auch den unteren Teil des Baues schwer. Erst um ½7 Uhr abends konnte die Dampfspritze abrücken.

Bei dem anfänglichen Wassermangel bewährten sich besonders die Feuerlöschapparate „Radikal" der Firma Wilh. Narr, Stuttgart. (Dürener Volkszeitung, 15. Dez. 1909.)

---

Der Aufsatz von Herrn Landesversicherungsrat *Hansen*-Kiel über die in der badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau betriebene Weberei in den „Kleineren Mitteilungen" des 6. Heftes (1909) dieser Zeitschrift gibt mir Veranlassung, auf die in hiesiger Anstalt schon seit Jahren geübte Weberei hinzuweisen. — Es wurden mit diesem Beschäftigungszweig recht gute Erfahrungen gemacht und beachtenswerte Erfolge erzielt. Ein in die Kieler Kunstwebeschule entsandter Wärter hat nach Absolvierung eines Kursus zunächst die Weberei von Gardinen- und Tischdeckenstoff eingebürgert, die jetzt hier von einer Anzahl Kranker mit großem Geschick in die Hand genommen ist. Nach Verlauf von Jahren haben wir jetzt bereits 7 Kranke an finnischen und schwedischen Webstühlen sitzen. In der Hauptsache wird Gardinenstoff gewebt in einer Breite von 1,12 m und in einer Länge von meist 48 m, ferner Tischdecken in verschiedenen Mustern von beliebiger Länge, 112 cm Breite. Seit 2 Jahren fabrizieren wir auf einem finnischen Webstuhl auch sehr guten Hemdenstoff, der sich durch Haltbarkeit ganz besonders auszeichnet, ohne durch Härte, Grobfädigkeit oder Grobmaschigkeit unangenehm empfunden zu werden. An Gardinenstoff haben wir im Laufe der Jahre in einer Breite von 112 cm 3228 m hergestellt, und zwar in den Jahren:

| | Gardinen | Tischdecken | Hemdenstoff |
|---|---|---|---|
| 1905 | 127 m | 48 m | — |
| 1906 | 833 m | 148 m | 314 m |
| 1907 | 880 m | 112 m | 530 m |
| 1908 | 978 m | 96 m | 222 m |
| Summa: | 2818 m | 404 m | 1066 m |

Daß hierbei eine erhebliche Verbilligung oder größere Geldersparnisse erzielt würden, ist indessen auch hier nicht Zweck der Übung gewesen. Es sind aber auch keine erheblichen Kosten dadurch entstanden. In erster Linie war für uns der Gedanke maßgebend, eine nutzbringende, Vergnügen bereitende Arbeit zu finden, die auch von Kranken betrieben werden kann, deren Beschäftigung mit Außenarbeit oder in den sonstigen freier gelegenen Werkstätten gar nicht oder doch nur in sehr eingeengtem Maße in Frage kommen kann.



Dementsprechend hat die Handweberei vorzugsweise im „festen Hause“ Fuß gefaßt. Die Arbeit ist an sich ungefährlich; die erforderliche Schere, die nur gelegentlich gebraucht wird, kann ständig in der Hand der Wärter bleiben. Das Webeschiffchen dürfte keine größere Waffe sein. Zudem geschieht ja begreiflicherweise die Besetzung der Webstühle nur mit geeigneten Kranken, in diesem Falle also mit solchen, die Neigungen zu Gewalttätigkeiten weniger zeigen. Irgendwelche gewaltsame Handlungen sind im Lauf der Jahre in unseren Webezimmern auch nicht vorgekommen. Die finnischen Flachwebstühle können bezogen werden von Tischlermeister K. A. Koarström, Ekenäs in Finnland, die schwedischen Webstühle von der Idiotenanstalt Wäsby in Schweden. Jeder kostet 60—70 Mark.

Ein weiterer Zweig der Handweberei, der nunmehr schon seit 3 Jahren hier eifrig betrieben wird und in dankenswerter Weise von einer Dame hier gelehrt worden ist, ist die Gobelinweberei. Die Kranken brauchen zur Ausübung dieser Arbeit nur eine Gabel in die Hand zu bekommen zum Niederdrücken der geknüpften Knoten. Sie kann aus Holz oder Metall, etwa Aluminium, bestehen, wie bei uns. Erforderlichenfalls kann man sie mittels einer kleinen Kette am Gobelinwebstuhl selbst befestigen. Es sind von uns bereits 14 Teppiche gewebt worden, darunter 5 größere, die einstweilen zur Ausschmückung von Krankenräumen und des Ärztekasinos dienen. Es werden Gobelins jetzt auch zum Verkauf gearbeitet auf Bestellung [1]). Der Preis eines größeren Wandteppichs stellt sich auf 200 bis 300 M., der kleinerer auf 80 bis 150 M. Die relativ hohen Preise sind durch den Preis der Wolle bedingt, die für einen mittleren Teppich etwa 40 M. kostet. Die Gobelinwebstühle selbst, 2,38 m hoch und 3 m breit, sind vom hiesigen Anstaltstischler angefertigt. Der Preis für einen Webstuhl mit Webekamm beträgt ungefähr 80 M., Arbeitslohn eingeschlossen.

Da es sich empfiehlt, von vornherein wirkungsvolle künstlerische Arbeit zu liefern, damit die arbeitenden Kranken erst gar keine schlechte Leistung kennen lernen, haben wir nur nach Künstlerentwürfen gearbeitet, die uns in der Hauptsache anfangs gegen entsprechendes Entgelt aus der Kunstwebeschule in Scherrebek geliefert wurden. Neuerdings, etwa vor einem halben Jahre, sind wir dieserhalb auch mit Herrn Professor *Wislicenus* in Verbindung getreten. Wertvolle Entwürfe liefert für uns Frl. Wanda Bibrowicz-Breslau. Von maßgebenden Seiten wird wiederholt die Technik unseres Gobelinwebens als sehr gut und vollkommen bezeichnet.

Auch diese Gobelinweberei hat mit einer Ausnahme nur im festen Hause, also bei Männern, Freunde gefunden. Es ist ja auch nicht jedermanns Sache, denn es gehört viel Geduld dazu, Zeichentalent und überhaupt viel Geschick, wenn etwas Tüchtiges geleistet werden soll. Z. Z. haben wir 3 Zuchthäusler an den 3 großen Gobelinwebstühlen sitzen. Ein

[1]) Die diesjährige Ausstellung für Psychiatrie im Haus der Abgeordneten in Berlin wird von uns beschickt werden.

vierter großer Stuhl ist bereits in Auftrag gegeben, während ein kleinerer z. Z. unbesetzt ist.

So haben wir in den letzten Jahren mit diesen Webearbeiten, insbesondere mit den letzteren, geistig anregenden, Gobelinarbeiten die besten Erfahrungen gesammelt. Die Einrichtung einer Weberei stößt eigentlich nur im Anfang auf einige Schwierigkeiten. Wenn diese behoben sind, sind die Aussichten auf Weiterausbildung und größere Vervollkommnung auf diesem Gebiete sehr gute. So hoffen auch wir, daß dieser Beschäftigungszweig bei uns immer noch an Ausdehnung gewinnen wird. —

Dr. *Kroemer* - Neustadt i. H.

---

## Personalnachrichten.

Geh.-Rat Dr. *Guido Weber*, Dir. des Sonnensteins, feierte am 24. November sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Dr. *A. Passow*, bisher Leiter des Sanatoriums in Meiningen, ist nach Kropp (Schleswig) verzogen, und

Dr. *Erich Arndt*, zuletzt Oberarzt der Nervenheilstätte Haus Schönow, hat Besitz und Leitung des Sanatoriums in Meiningen übernommen.

Dr. *Otfr. Förster*, Priv.-Doz. in Breslau, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Herm. Gock*, Dir. der Prov.-Anstalt Landsberg a. W., ist zum Geheimen Sanitätsrat,

Dr. *Bernh. Ascher* zu Berlin,

Dr. *James Fränkel*, Dir. Arzt der Heilanstalt Berolinum in Lankwitz,

Dr. *Clem. Gudden* zu Bonn und

Dr. *Friedr. Lullies*, Oberarzt in Kortau, sind zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *E. Kräpelin*, Prof. in München, ist auswärtiges Mitglied der Kgl. Schwedischen Akademie der Wissenschaften geworden.

Dr. *Rabbas*, San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Neustadt W.-Pr., hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Max Sander*, früher Arzt der Irrenabteilung am Gefängnis zu Graudenz, ist Anf. November in Ägypten,

Dr. *Wilh. Zenker*, Geh. San.-Rat, Gründer und Leiter der Privatanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin, am 3. Dezember im 71. Lebensjahre gestorben.

Dr. *Otto Kölpin*, Priv.-Doz. und Oberarzt der Prov.-Anstalt Bonn, geb. 1876 zu Barth in Pommern, wurde am 23. Dez. bei einem Eisenbahnunglück bei Scheeßel getötet.

---



# Über atypische Paralysen.

Von

Medizinalrat Prof. Dr. **P. Näcke,** Hubertusburg.

## I.

Jeder, der Gelegenheit hatte, viele Paralysen im Laufe der Jahre zu beobachten, wird erstaunen, wie mannigfaltig beim näheren Zusehen die einzelnen Fälle sind. Ihm wird es daher gar nicht so selten begegnen, daß er bezüglich der Diagnose schwankt, bis ein neues Symptom die Sachlage aufklärt. Das Schwanken konnte früher zuweilen aber sehr lange andauern, sogar jahrelang, ja bis zur Sektion des Patienten. Neuerdings wird dem namentlich durch die Serodiagnostik mehr oder weniger abgeholfen. Obigen Fällen stehen andere gegenüber, wo die Diagnose: Paralyse zwar gestellt war, aber sich später nicht halten ließ oder durch die Sektion wiederlegt wurde. Endlich gibt es noch solche, wo eine ganz andere Diagnose gestellt ward — meist sind es ganz akut verlaufende oder in der Anstalt nur sehr kurze Zeit beobachtete Fälle — und die Autopsie wider Erwarten einen paralytischen Befund ergab.

Man hat nun versucht durch immer feiner ausgearbeitete Diagnostik die zweifelhaften Fälle und die falschen Diagnosen auf ein Minimum herabzudrücken. Doch das ist nur bis zu einem gewissen Grade gelungen. Und merkwürdig ist es zu sehen, wie mit der größeren Erfahrung diese Fälle sogar zuzunehmen scheinen, wohl weil erstens unterdes viel mehr Grenz- und Übergangsfälle bekannt wurden und zweitens im Laufe der Zeit die Symptomatik der Paralyse sich nicht unwesentlich verschoben und verändert hat.

Am besten gehen wir bei vorliegender Betrachtung von der typischen Paralyse aus. Wir verstehen darunter eine im allgemeinen fortschreitende, mit körperlichen und geistigen Lähmungserscheinungen

einhergehende, tötlich verlaufende Krankheit, in deren Anamnese in der Regel Syphilis erhoben wird. *Binswanger* (4, S. 78) stellt dafür als Kardinalsymptome somatischer Art auf: 1. Störungen der Pupillarreaktion, 2. solche der mimischen Gesichtsinnervation, der Sprache und Stimme und 3. der Sehnenreflexe. Auf diese bekannten Zeichen will ich hier nicht näher eingehen. Hat man aber viele Paralysen gesehen, so findet man, daß jene drei Kardinalsymptome durchaus nicht immer in aller Schärfe und Reinheit vorhanden sind, oft merkwürdig in ihrer Stärke schwanken, ja zum Teil sogar ganz oder fast ganz fehlen oder endlich einmal bei einer anderen Psychose usw. vorkommen können. Am konstantesten ist bekanntlich immer noch die Ungleichheit der Pupillen und ihre aufgehobene oder träge Reaktion auf Licht und Konvergenz. Doch sind auch hier verschiedene Varianten und Schwankungen möglich bis zu völligem Fehlen. Noch mehr gilt dies von den Sehnenreflexen, weniger schon von den Sprachstörungen, die aber auch einmal kaum angedeutet erscheinen, in der Intensität schwanken und sogar lange Zeit fehlen.

Ähnlich verhält es sich mit den psychischen Symptomen. Bei der sogenannten klassischen Paralyse treten bekanntlich nach Vorläufern Zustände verschieden starker Erregung auf, einmal oder wiederholt, die endlich einer zunehmenden Demenz Platz machen. Aber sie fehlen bisweilen ganz oder sind nur schwach angedeutet, wie in der sogenannten dementen Form, die, wie die meisten Autoren, auch ich (34), konstatierten, jetzt die vorherrschende ist. Als fast charakteristisch gelten ferner die Größenideen. Abgesehen davon, daß sie in gleicher Form und Stärke wenigstens eine Zeitlang auch bei anderen Psychosen vorkommen, selbst mit den Zeichen des Schwachsinns behaftet, so können sie bei der Paralyse einmal ganz fehlen oder nur unbedeutend sein oder bloß zeitweise auftreten. Ein gleiches gilt von den sogenannten paralytischen oder epileptoiden Anfällen, die jetzt bei der zunehmenden dementen Form immer seltener zu sehen sind und andererseits auch sonst ähnlich sich zeigen. Besonders wird aber der paralytische Blödsinn für charakteristisch gehalten. Doch ist er es durchaus nicht immer, so daß er sich dann von anders bedingtem Blödsinn nicht unterscheidet. Auch der progrediente Verlauf des Leidens ist nicht immer zu finden, da neuerdings sichere „stationäre“ Fälle beschrieben und Remissionen, oft von langer

Dauer, schon längst bekannt sind. Endlich kommen oft genug bei der gewöhnlichen Paralyse Zustandsbilder anderer Psychosen vor, sodaß dadurch das Bild noch bunter wird.

Diesen verschiedenen Möglichkeiten hat man dadurch Rechnung zu tragen versucht, daß man zunächst verschiedene Verlaufsweisen, Unterarten der Paralyse konstruierte, je nachdem das eine oder andere Zeichen mehr hervortrat und das Bild beherrschte, bis zur wirklichen oder nur scheinbaren Elimination der übrigen. Am bekanntesten und für praktische Zwecke wohl immer am entsprechendsten ist die Einteilung *Mendels* (30, S. 200) in demente, klassische oder typische, agitierte, depressive, zirkuläre und aszendierende Form. Jeder wird sich aus seiner eigenen Erfahrung solcher Fälle entsinnen. Andere geben eine etwas andere Einteilung, so z. B. *Obersteiner* (40) in 8 Formen. Oder es wird auch eine pathologisch-anatomische Einteilung vorgeschlagen. So unterscheidet *Binswanger* (4, S. 105) vier Unterarten: 1. eine meningitisch-hydrozephale, 2. eine hämorrhagische, 3. eine taboparalytische und 4. eine peripher neuritische, viszerale und bemüht sich für jede ein klinisch abgerundetes Bild aufzustellen. Mit Recht hat sich aber diese Einteilung wenig Freunde erworben, da es schwer sein dürfte, in vivo die einzelnen Krankheitsbilder mit einiger Sicherheit in diese Rubriken unterzubringen. Ansprechender scheint mir die Einteilung *Klippels* (*Pascal*, 44 S. 159) zu sein, der folgendermaßen klassifiziert: „1. la forme inflammatoire primitive, c'est la maladie de *Bayle*; 2. la paralysie générale secondaire ou associée à d'autres lésions; 3. les paralysies générales dégénératives représentant un vaste groupe qui comprend: les pseudo-paralysies alcooliques, tuberculeuses, saturnines, syphilitiques, athéromasiques etc."

Schon dieser Reichtum an Bildern kann den Anfänger in Verwirrung bringen. Noch mehr aber, wenn man die sogenannten atypischen Paralysen betrachtet, die also außerhalb jener Verlaufsweisen stehen. Gerade neuerdings haben sie in erhöhtem Maße die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen und zwar mit Recht, weil die richtige Diagnose hier besonders wichtig ist, nicht nur bez. der Prognose, sondern auch in foro. Seit man sich näher mit ihnen beschäftigte, sah man, daß sie nichts weniger als abnorm selten sind. Ja, *Kraepelin* (*Gaupp* 18) hat gewiß recht, wenn er sagt, daß die





Sicherheit, mit der die Diagnose: Paralyse gestellt wird, früher größer war als jetzt, besonders in Hinsicht auf die atypischen Fälle. Man begreift dann auch, daß der vielerfahrene *Sciamanna* (47) von der „nosografia così proteiforme e ancora così poco determinata della paralisi progressiva" sprechen konnte. Wir haben in Hubertusburg bei den Männern [1]) fast immer einige Fälle, über deren Zugehörigkeit zur Paralyse wir allein durch die klinischen Zeichen nicht ins klare kommen, auch nicht bei längerer Beobachtung. *Sérieux* (*Alzheimer* 1) fand mehr als 20% „pour les formes sensorielles de la paralysie générale", eine exorbitante Zahl, die sicher nach der Serodiagnostik nicht mehr möglich ist. *Obersteiner* (40) spricht von 2% atypischer Fälle und *Gaupp* (18) fand nach einer Enquête nur ganz wenig Fälle „stationärer" Paralysen. Über die Häufigkeit der atypischen Paralysen wissen wir also zurzeit noch herzlich wenig, aber sie wird wohl bei den einzelnen Autoren sehr schwanken, nicht nur wegen des verschiedenen Materials, sondern auch wegen der ziemlich subjektiven Beurteilung. Ob ein konkreter Fall eine Unterart der gemeinen Paralyse oder eine atypische Form derselben darstellt, ist oft allein dem subjektiven Ermessen anheimgegeben, und das um so mehr, als zwischen den beiden Reihen noch Übergangsfälle genug existieren.

Bei der großen Mannigfaltigkeit der atypischen Formen mußte eine gewisse Ordnung geschaffen werden. Wir finden darüber zusammenfassendere Darstellungen bei *Alzheimer* (1), *Obersteiner* (40), *Pascal* (44), *Gaupp* (18) usf., und gelegentlich werden sie kurz in vielen Arbeiten und Lehrbüchern erwähnt. *Régis* (*Pascal* 44) gibt gewisse Kategorien an und *Fischer* (62, S. 401) teilt die Paralyse klinisch überhaupt ein 1. in die typische, 2. die *Lissauer*sche Herdparalyse (mit zerebralem, zerebellarem Phänomen und choreiformen Anfällen), 3. die atypische Paralyse und hier unterscheidet er vier Untergruppen: katatone, senile, foudroyante Form und einen Teil von Taboparalysen. An anderer Stelle (l. c. S. 412) bringt er die Paralyse in vier Rubriken: 1. die gewöhnliche Paralyse, 2. die *Lissauer*sche oder Herdparalyse, 3. die atypische und 4. die stationäre Form.

---

[1]) Bei den Frauen sind, entsprechend der größeren Monotonie und Einfachheit der Paralyse und sämtlicher Psychosen überhaupt, sehr wahrscheinlich atypische Verlaufsweisen der Paralyse seltener als bei den Männern, doch ist darüber nichts Näheres bekannt.

Meist werden nur die verschiedenen Krankheitsbilder, die mit der Paralyse verwechselt werden können, einfach aufgezählt und von den Autoren Pseudoparalysen genannt und so vor allem die alkoholische, traumatische, arteriosklerotische, saturnine, senile und syphilitische unterschieden. Man bemühte sich redlich, die Differentialdiagnose festzustellen, was Einen freilich in concreto immer wieder einmal im Stich läßt, auch bei längerer Beobachtung. So sah ich z. B. einige Male Erkrankungsformen, die bis zuletzt als Paralysen galten und doch einen ganz abweichenden groben Gehirnbefund ergaben, also nur Pseudoparalysen waren, und zwar arteriosklerotische, traumatische oder alkoholische. Es ist also nicht wahr, daß man stets die Pseudoparalysen allein schon durch die Klinik von der echten Paralyse trennen kann, und das betonen mit Recht besonders die Franzosen, Italiener und Engländer, während wir uns hierin, sicher wohl zu Unrecht, als feinere Diagnostiker fühlen.

Nur kursorisch kann ich hier eine Reihe solcher atypischen Paralysen aufführen, die der Differentialdiagnose oft große Schwierigkeiten bereiten, und das bisweilen bis zuletzt, wo dann die Sektion uns oft erst aufklärt. Jetzt wird allerdings schon durch die Serodiagnostik die Sache ganz bedeutend erleichtert. Da gibt es katatone Formen [*Gaupp* (18), *Séglas* (48), *Mattauschek* (66), *Fischer* (62), *Wieg-Wickenthal* (57), *Trénel* (73)]; paranoische oder paranoide [*Binswanger* (4), *Pactet* (42), *Gaupp* (18), *Westphal* (55), *Bezzola* (3)]; halluzinatorische [*Hulst* (21), *Sérieux*[1]) (*Alzheimer* 1), *Obersteiner* (40), *Vigoureux* (80), *Binswanger* (4)]; deliriöse resp. amentielle [*Damaye* (10), *Ranke* (45), *Pötzl?* (63), *Gaupp* (18)]; manische [*Fauser* (16), *Gaupp* (18)]; melancholische [*Hobhouse* (20)]; manisch-depressive [*Westphal* (55, 56), *Obersteiner* (40), *Gaupp* (18), *Dupré* (14), *Gruhle* (19)[2]), *Moravsik*

---

[1]) Seine formes sensorielles gehören offenbar hierher, wie auch andere Franzosen annehmen.

[2]) *Moebius* (31) nimmt bei Robert Schumann eine Dementia praecox an und läßt ihn zuletzt nicht an Paralyse sterben. *Gruhle* (19) dagegen sieht bei Sch. eine Kombination von manisch-depressivem Irresein und Paralyse, eine Ansicht, der ich mich mit *Morselli* nur ganz anschließen kann, obwohl wir gerade über die letzte Krankheit nicht viel Sicheres wissen. Es scheint aber

(69)]; korsakoffartige [*Gaupp* (18), *Choroschko* (58)]; stationäre Paralysen [*Gaupp* (18), *Finkh* (17), *Kreuser* (27), *Stransky* (52), *Marie* (82)]; nicht paralytische Verblödungen [*Gaupp* (18), *Bolten* (70), *Wieg-Wickenthal* (57), *Ranke* (45)]. Weiter kämen in Frage: traumatische Formen [*Joffroy* (24), *Edel* (15), *Obersteiner* (39), *Weyert* (60), *Plaut* (61), *Bolten* (70), *Bezzola* (3), *Colin* (7) usw.]; alkoholische [*Obersteiner* (40), *Binswanger* (4), *Gaupp* (18), *Mendel* (30), *Plaut* (61) usw.]; syphilitische [*Ranke* (45), *Gaupp* (18), *Westphal* (55), *Obersteiner* (40), *Finkh* (17) usw.]; arteriosklerotische [*Westphal* (56), *Obersteiner* (40), *Ranke* (45), *Gaupp* (18) usw.]; senile [*Alzheimer* (1), *Gaupp* (81), *Obersteiner* (40)]; arthritische (*Klippel*)[1]); epileptische [*Gaupp* (18), *Fischer* (62), *Ranke* (45), *Pötzl* (63), *Pandy* (43), *Obersteiner* (40), *Pactet* (42) usw.]; foudroyante Fälle [*Obersteiner* (40), *Alzheimer* (1), *Fischer* (62), *Meyer* (29)]. Weiter Neuritis, besonders die alkoholische [*Binswanger* (4)], Aphasie [*Sciamanna* (47)[2]), *Pascal* (44), *Vigoureux* (54), *Marie* (74)]; Herdsymptome [*Sciamanna* (47), *Pacsal* (44), *Fischer* (62), *Vigoureux* [80], *Obersteiner* (40) etc.]; die *Lissauer*sche Form [*Alzheimer* (1), *Obersteiner* (40), *Fischer* (62)]; die hemiplegische [*Nissl* (*Gaupp* 18), *Pascal* (44), *Gaupp* (18)]; Geschwülste [*Dercum* (72), *Obersteiner* (40), *Marchand* (76), *Vigoureux* (80), *Gaupp* (18)]; Tabes [*Alzheimer* (1), *Obersteiner* (40), *Westphal* (55)]; multiple Sklerose [*Obersteiner* (40), *Gaupp* (18)]; tuberkulöse Meningitis [*Spielmeyer* (51)]; Urämie, Blei [*Edel* (15)]. Ferner: die sekundären resp. kombinierten Formen der Franzosen, die freilich von vielen geleugnet werden [*Klippel*, *Damaye* (10)]; zerebellare [*Alzheimer* (1), *Fischer* (62), *Meyer* (29)]; choreaartige [*Alzheimer* (1), *Gaupp* (18), *Diefendorf* (11), *Brissaud*

---

doch Paralyse gewesen zu sein. Nach *Moebius* müßte man eigentlich auch bei Goethe ein leichtes manisch-depressives Irresein, eine Zyklothymie annehmen, was mir sehr verkehrt zu sein scheint. *Moebius* war eben kein Psychiater und hat durch seine voreiligen Diagnosen bei Laien viel Verwirrung angerichtet.

[1]) *Klippel*, La pseudoparalysie générale arthritique. Revue de Psych. etc. 1899, p. 357.

[2]) Dessen zweiter Fall sogar zu einer nutzlosen Kraniektomie geführt hatte!

(5)]. Endlich könnten auch einmal Neurasthenie [*Obersteiner* (40)], Hypochondrie [*Ranke* (45)], Hysterie [*Obersteiner* (40)], nicht zuletzt auch die oft schwierige Diagnose der juvenilen Paralyse [*Colin* (7), *Obersteiner* (40), *Marie* (75), *Ranke* (45)] in Frage kommen.

Damit habe ich nur die häufigsten Krankheiten genannt, mit denen eine Verwechselung möglich wäre, wie ich denn auch aus der ungeheuren kasuistischen und weitverstreuten Literatur nur einige wenige Beispiele aus der neuesten Zeit herausgehoben habe und absichtlich mit Vorliebe aus fremder, weniger bekannter Literatur. Es kam mir ja bloß darauf an, den übergroßen Reichtum der sogenannten atypischen Fälle darzulegen und damit die Möglichkeit, leicht einmal eine falsche Diagnose zu stellen. Es ist in der Tat nur zu verwundern, daß nicht noch häufiger Fehldiagnosen gemacht werden. Das hängt, abgesehen von den neueren Untersuchungsmitteln und der zunehmenden Erfahrung, vor allem damit zusammen, daß man die Fälle meist längere Zeit beobachten kann und so gewöhnlich auf die richtige Fährte gerät.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Differentialdiagnosen näher einzugehen, die man ja in den Lehrbüchern und in den zitierten Arbeiten mehr oder minder eingehend behandelt findet. Nur bez. der traumatischen und alkoholischen Pseudoparalyse möchte ich einige Bemerkungen machen, da sie ja von großer forenser Bedeutung sind, am meisten jedoch in der Unfallpraxis eine bedeutende Rolle spielen. Die Deutschen streichen fast durchweg das Trauma aus der Ätiologie der Paralyse und geben höchstens bloß zu, daß eine latente Paralyse dadurch eher offenkundig wird oder eine schon beginnende sich verschlimmert. Die fremden Autoren hingegen, besonders die Franzosen, Italiener und Engländer, stehen meist nicht auf diesem ganz exklusiven Standpunkte. Sie glauben nämlich, daß, wenn auch vielleicht nur in sehr seltenen Fällen, ein Trauma allein, also ohne Potus, namentlich ohne Lues, ein Krankheitsbild erzeugen kann, das eventuell der Paralyse ähnlich sieht, wie ein Ei dem andern. Allerdings nehmen sie dann wohl immer eine angeborene oder erworbene Disposition des Gehirnes an. Ich glaube, diese Ansicht ist gerechtfertigt, doch müssen natürlich alle anderen Ursachen, namentlich Lues erst ausgeschlossen sein und das Bild

dem der Paralyse völlig gleichen. In den meisten Fällen wird ja allerdings noch Lues vorliegen und so die Paralyse erzeugt und durch das Trauma beschleunigt. *Obersteiner* lehnt zwar eine durch Trauma allein entstandene Paralyse ab, meint aber, die Bedeutung des Traumas sei für die Paralyse nicht zu unterschätzen. Sehr genau hat *Bolten* (70) die Bedingungen festgestellt, unter denen eine traumatische Psychose überhaupt anzunehmen ist. Er rechnet dahin etwa 1% aller Fälle. Es könnten darnach die Bilder aller Psychosen auftreten, am häufigsten das der Demenz, bei der der histologische Befund dem der Paralyse fast ganz gleichen könne, ebenso die Klinik. Er scheint also eine rein traumatische Paralyse anzunehmen. Über das Schädeltrauma instruiert auch gut die Arbeit von *Weyert* (60). Wenn so sorgsame Beobachter wie *Pactet* (81), *Joffroy* (24) und andere mehr einschlägige Beobachtungen machten, so kann man kaum noch an dieser Möglichkeit zweifeln.

Mit dem Alkoholismus steht es, glaube ich, ähnlich. Auch hier gibt es gewiß seltene Fälle — nach den Franzosen und Holländern jedoch gar nicht so selten —, wo der Alkohol allein, also namentlich ohne Konkurrenz mit Syphilis, bei disponiertem Gehirn ein paralysegleiches Bild erzeugen kann. Ich bekenne mich also zur Ansicht, daß die Lues nicht die einzige Ursache der Paralyse darstellt, wenn auch die allerhäufigste, daß aber alle Ursachen, also auch die Lues einen mehr oder minder präparierten Boden verlangen. Wir kommen darauf weiter unten zu sprechen. Allgemein bekannt endlich ist die öfters schwierige Abgrenzung der Hirnlues von der echten Paralyse. Bemerken will ich hierzu noch, daß, während alle Forscher eine Hirnlues annehmen, *Fischer* (62) eine solche in der Form der sogenannten diffusen Lues klinisch und histologisch ablehnt.

Diese dargelegten Schwierigkeiten — ein klassisches Beispiel liefert hierfür z. B. der Fall von *Hollós* (68) — machen es erklärlich, daß man nach weiteren Hilfsmitteln der Diagnose suchte, da die klinische Unterscheidung allein nicht immer zum Ziele führte. Man glaubte zunächst rein anatomisch der Sache beizukommen. Schon längst war ja der charakteristische, grobe Hirnbefund bei Paralyse bekannt: die chronische Meningitis mit teilweiser Verwachsung an der Rinde, Atrophie des Cortex, Erweiterung und Körnung der Ven-



trikel mit vermehrter Flüssigkeit usw. Aber auch hier wurden bald genug Ausnahmen konstatiert, besonders seitdem der klinische Charakter des Leidens sich wesentlich verändert hatte. Das eine oder andere angeblich charakteristische Zeichen fehlte oder war kaum angedeutet, ja wenn der Fall sehr akut verlief, fand man makroskopisch nichts Abnormes am Gehirn. Einzeln sind ja auch die Zeichen gar nicht charakteristisch, da sie gleichfalls bei anderen Psychosen vorkommen können, nur die Vereinigung aller hat Wert. Die Meningitis konnte für die bloßen Augen einmal fehlen; sehr oft, sogar meist, wenn die Sektion ganz frisch gemacht ward, war, wie *Wernicke* wohl zuerst behauptete, die Meninx nicht mit der Rinde verwachsen. *Pascal* (44 S. 157) hat also entschieden darin unrecht, daß die Meningealverwachsungen nie fehlen. Ebenso falsch ist seine Angabe (S. 160), daß die großen und mittleren Hirngefäße gesund wären, die Degeneration nur die Arteriolen beträfe, welche dann die Miliarblutungen und kleinste obliterirende Arteriolitis zuwege brächte. Ich habe vielmehr gewöhnlich die großen Basalgefäße verkalkt, atheromatös gefunden, allerdings in verschiedener Stärke und Ausbreitung. Sehr selten fand ich sie dagegen zart, während Prof. *Flechsig* (mündliche Mitteilung) sie meist so fand. Es existieren also hier wahrscheinlich Unterschiede nach dem Materiale. Auch die Erweiterung der Ventrikel und Körnung des Ependyms kann ganz oder fast ganz fehlen, besonders in frischen Fällen, und so auch die Atrophie der Rinde, deren Beurteilung bei geringer Stärke immer sehr subjektiv bleibt. Noch mehr fehlt jetzt eine deutliche Atrophie des Markes, und am seltensten sehe ich seit Jahren die Pachymeningitis hämorrhagica, die früher so häufig da war. Ich habe auf alle diese Dinge an der Hand eines großen Materials speziell geachtet (*Näcke* 33) und also auch die Veränderung des grob anatomischen Gehirnbefundes im Laufe der Zeiten feststellen können.

Da also dieser grobanatomische Weg so wenig Sicheres versprach, warf man sich auf die histologische Gehirnuntersuchung und glaubte endlich hier das absolut Sichere gefunden zu haben. *Alzheimer* (1, 2) fand bei der typischen Paralyse mit voraufgegangener Lues bekanntlich die Gefäßscheiden besonders mit Plasmazellen erfüllt und sah in diesen sowie in den Stäbchen- und Gitterzellen ganz spezifische Befunde. Ihm folgte namentlich *Nissl*, aber auch die

meisten anderen. In letzter Zeit scheinen aber doch *Alzheimer* und *Nissl* in der Bewertung dieser Befunde vorsichtiger geworden zu sein, da man sie einerseits nicht immer bestätigt oder nur angedeutet, andererseits auch bei anderen Erkrankungen bisweilen fand. *Gaupp* (18), *Ranke* (45), *Fischer* (62) folgen *Alzheimer*, doch fügt letzterer ausdrücklich hinzu, daß bei klinisch sicherer Paralyse Plasma- und Stäbchenzellen, ebenso die Befunde an den Fasern und Zellen der Glia v e r e i n t sein müssen. Er machte also schon gewisse Einschränkungen. *Obersteiner* (40) kann die Plasma- und Stäbchenzellen nicht als pathognomisch ansehen, so wichtig sie immerhin auch seien. Auch *Spielmeyer* (51) macht gewisse Einschränkungen. *Janssens* (23) fand in einem Falle von Paralyse nur e i n e Plasmazelle und mehrere bei Dementia senilis und Arteriosklerose, *Montesano* (67) solche bei vier alkoholisierten Kaninchen in den Piagefäßen von Gehirn und Rückenmark. *Weiss* (71) dagegen steht wieder auf dem Standpunkt der Spezifität der Plasmazellen bei Paralyse und glaubt sogar, daß zwischen den paralytischen Anfällen und starker Infiltration der Gefäßscheiden in den Zentralwindungen sehr wahrscheinlich ein Zusammenhang bestehe. *Klippel* (*Vigoureux* 80) zeigte, daß die angeblichen charakteristischen Befunde auch außerhalb der Paralyse vorkommen und bei der Paralyse selbst in sehr verschiedenem Grade auftreten können, was ja auch *Alzheimer* fand (*Janssens* 22), indem er bei starker Atrophie der Rinde, besonders bei atypischer Paralyse, nur wenig Plasmazellen sah. Gerade über die letzteren ist viel geschrieben worden. Jedenfalls sieht man heute schon, daß die *Alzheimer* s c h e n B e f u n d e a l l e i n n i c h t a l s a b s o l u t b e w e i s e n d g e l t e n k ö n n e n, wie auch *Obersteiner* (40) zugibt, so wichtig sie auch für die anatomische Diagnose der syphilitisch bedingten Paralyse sein mögen. Ebenso ist der Streit, ob bei diesem Leiden das Primäre die Entzündungserscheinungen an den Gefäßen oder die Degeneration der Zellen sei, noch nicht entschieden. Manche wollen, daß beide Prozesse nebeneinander, also unabhängig voneinander, verlaufen, z. B. *Fischer* (62). Jedenfalls konnte man an Nervenfasern und Zellen des Gehirns bei Paralyse einen charakteristischen Befund nicht erheben, und ich will nur ganz nebenbei erwähnen, daß *Dagonet* (9) bis zuletzt das Fibrillennetz der Ganglienzellen erhalten fand, was von anderen geleugnet wurde.





Also auch die grobe und feine anatomische Untersuchung gab absolut keine einwandfreien Beweise, außerdem nützte sie nichts für die Diagnose in vivo, die uns vor allem am Herzen liegen muß. Ein neuer Horizont zeigte sich hier in der Zyto- und Serodiagnostik. Bei echter Paralyse sollte sicher Lymphozytose, d. h. also Vermehrung der weißen Blutkörperchen, bestehen und weiter im Liquor cerebrospinalis der Eiweißgehalt vermehrt sein. *Chotzen* (83) erklärt beides bei Paralyse für konstant und *Nonne* (84) wenigstens für sehr wichtig. Von den meisten wurde aber die Pleozytose und Eiweißvermehrung im Liquor für Paralyse als durchaus nicht beweisend und oft genug fehlend bezeichnet, so daß diese Untersuchungsmethode jetzt höchstens nur als ein weiteres Unterstützungsmittel angesehen wird.

Wesentlich besser steht es dagegen mit der Serodiagnostik nach *Wassermann-Plaut.* Die meisten Deutschen scheinen überzeugt, daß eine positive *Wassermann*sche Reaktion (+ W) im Liquor spinalis, weniger dagegen im Blute, für Paralyse pathognomisch sei und diese zugleich hier von anderen syphilitischen Erkrankungen sicher abtrenne. Aber auch hier wurden allmählich Einschränkungen gemacht. *Plaut*, *Stertz* u. a. hatten +W in allen ihren Fällen von Paralyse im Liquor gefunden, dagegen *Wassermann* selbst (*Nonne* 84 S. 632) bei etwa 90 %, *Fränkel* (*Edel* 15) bei höchstens 80 % der Paralyse und 40 % der Tabes und *Marie* (75) bei 95 %. Nach letzterem fehlte die Reaktion besonders in atypischen Fällen; sie kann auch — und dies scheint sogar die Regel zu sein — anfangs fehlen und später auftreten, weshalb eine wiederholte Untersuchung derselben Person nötig erscheint, was sehr wichtig ist. So viel ist heute schon sicher, daß auch bei klinisch einwandfreier Paralyse, sichergestellter früherer Lues und richtig geübter Technik negative Reaktion mit *Wassermann* vorkommt, wenn auch immerhin abnorm selten. Jedenfalls ist die Liquoruntersuchung für Paralyse viel entscheidender als die des Blutes, die ja nur Syphilis anzeigt, nicht aber notwendigerweise Paralyse. Und während *Edel* (15), *Lesser* u. a. im Blute +W in 100 % fanden, sah *Nonne* (84) dieses unter 90 Fällen nur 77 mal. *Edel* selbst hat in gewissen Fällen trotz +W im Blute gegen



die Diagnose Paralyse gestimmt, wenn die Klinik sich nicht damit deckte. Die Blutuntersuchung hat zwar den großen Vorteil, daß die Blutproben leicht zu entnehmen sind und eine vorhergehende Einholung der Erlaubnis zu dieser kleinen Operation nicht, wie bei Entnahme von Liquor, nötig erscheint, dafür ist die Reaktion hier viel weniger beweisend. Nach *Colin* (7) beweist +W im Liquor nur eine Beteiligung der Meningen, nie aber die syphilitische Ursache der Paralyse, und *Pfeifer* (*Donath* 77) will +W nur im Verein mit der Klinik gelten lassen. Auch *Janssens* (23) bezeichnet die Serodiagnostik als nicht immer sicher, wie auch *Eichelberg* (78) sagt, der, meiner Ansicht nach, vielleicht die beste zusammenfassende Arbeit über den Gegenstand schrieb. Andere solche Arbeiten sind die von *Plaut* (61), *Donath* (77), *Kopp* (79), *Chotzen* (83), *Mott* (85) usw., die aber meist auch ihre Einschränkungen bez. der Bewertung von W machen. Viel pessimistischer — und hier wohl allein dastehend — drückt sich *Hoche* (*Knoblauch* 86) am Ende einer Diskussion aus: er freue sich, daß die wenig befriedigenden Resultate der Blut- und Liquoruntersuchungen zu höherer Einschätzung der klinischen Gesichtspunkte führten. Das geht wieder viel zu weit. Ein sehr wertvolles Unterstützungsmittel der Diagnose wird die W-Reaktion wohl stets bleiben[1]). Ob aber +W immer in unsern Breiten und mit Berücksichtigung der Klinik Paralyse bedeutet, wie *Wassermann* u. a., z. B. *Plaut* (61), *Marie* (18) anzunehmen scheinen, ist wohl noch fraglich. Es dürfte auch nie einwandfrei zu beweisen sein, daß bei typischer Paralyse und +W Syphilis absolut sicher voraufgegangen, wenn diese aus der genauesten Anamnese nicht zu erweisen ist. Es erscheint mir eine ziemlich willkürliche Annahme, aus der positiven Reaktion mit absoluter Sicherheit auf voraufgegangene Lues zu schließen, wie viele mit *Wassermann* es wollen, zumal wir jetzt

[1]) Es ist nur zu wünschen, daß es gelingen möge, sie noch einfacher zu gestalten. Am besten freilich wäre es, sie durch eine andere, wenig Zeit raubende und weniger diffizile Reaktion zu ersetzen, und man bemüht sich ja fortwährend, hier einen Ersatz zu schaffen, der ebenso sicher wäre wie W, was freilich bisher mißlang. Erst dann könnte die Untersuchung in jeder Anstalt vorgenommen werden, besonders wenn das Blut ebenso sicher in Angriff genommen werden könnte wie der Liquor.

wissen, daß +W durchaus nicht bloß die Anwesenheit syphilitischer Stoffe anzeigt. Als ein Kuriosum und gewiß sehr seltenes Ereignis erwähne ich endlich, daß es *Pactet* (42) in einem Falle nie gelang, eine Lumbalpunktion zu machen.

Mit *Knoblauch* (86) werden wir fordern müssen, daß zur sichern Diagnose der (syphilitischen) Paralyse in vivo alle vier Methoden gleichzeitig gemacht werden, also Untersuchung des Liquor auf Pleozytose, Eiweißvermehrung, *Wassermann* und die *Wassermann*sche Reaktion im Blute, mit Zusammenhalten des klinischen Bildes, im Tode endlich noch Erhebung des paralytischen groben Hirnbefundes und der *Alzheimer*schen Charakteristika, womöglich auch mit Untersuchung des Rückenmarkes, das nach *Alzheimer* (*Gaupp* 18, S. 673) fast stets eine Kombination von Degeneration der Pyramiden- und Hinterstränge aufweist. Und wie viele Fälle sind wohl so durchuntersucht worden? Gewiß wenige! Gewöhnlich wird man nur eine oder zwei Untersuchungsmethoden vornehmen, und dann ist die Sicherheit der Diagnose natürlich lange nicht so garantiert. Am besten würde dann immer noch +W im Liquor oder — noch vorzuziehen — der histologische Befund des Gehirns sein. Und mit diesem Sicherheitsgrade der Diagnose müssen wir uns in praxi wohl begnügen. Bei klinisch absolut klarem paralytischen Bilde ist dieses allein schon hinreichend, also andere Methoden überflüssig.

Dabei ist man immer noch von der Voraussetzung ausgegangen, daß nur das als Paralyse anzusprechen ist, wo Syphilis voranging. Alles andere wären nur Pseudoparalysen, mögen sie bis zuletzt noch so sehr dem Bilde der Paralyse gleichen. Das gilt besonders bei uns, und noch kürzlich konnten *Edel* (15) und *Plaut* nach bekanntem *Möbius*schen Muster sagen: Keine Paralyse ohne Syphilis. Wir sahen aber schon, daß manche fremde Autoren, namentlich Franzosen, Engländer, Italiener dies, und wohl mit Recht, bezweifeln, da es eben auch anders entstandene Bilder gibt, die der Paralyse sehr ähnlich sein können, mindestens ziemlich lange, ja in seltenen Fällen sogar bis zuletzt. Wir würden dann wohl sagen können, daß die Paralyse meist durch Syphilis entsteht, in gewissen Fällen aber auch durch andere exo- und endogene



Momente[1]), wobei immer noch weiter zu entscheiden wäre, ob diese Momente, inklusive der Lues, nur prädisponierend oder wirklich auslösend wirken. Es wäre darnach ein bloßer Wortstreit, eine reine Geschmacksache, ob man bloß die syphilitisch bedingte Paralyse als solche gelten lassen will, die sich ja in der Regel von anderen paralyseähnlichen Bildern bei längerer Beobachtung trennen läßt, oder auch noch andere Bilder, die sogenannten Pseudoparalysen der Autoren. *Colin* (*Marie* 28) spottet daher nicht ganz mit Unrecht, wenn er sagt: die syphilitische Herkunft der Paralyse „nous est présentée comme un dogme hors duquel il n'y a pas de salut". Es gehört heutzutage ein gewisser Mut dazu, bei uns wenigstens, dies Dogma nicht in vollem Umfange anzuerkennen!

Gibt man dies zu, so versteht man, daß viele Franzosen nicht mehr von einer Paralyse als einer einheitlichen Erkrankung sprechen, sondern von vielen Paralysen, von einem „syndrôme paralytique", der im Verlaufe verschiedener endo- und exogener Vergiftungen auftritt, am häufigsten allerdings nach Lues. Wir hätten dann eine klinische Einheit im weiteren Sinne bei verschiedener Ätiologie, die das Gemeinsame in einer chronischen Vergiftung des Körpers zeigt. Das ist die Meinung namentlich *Klippels*, der allerdings nebenbei von „Pseudoparalysen" spricht, dem sich z. B. auch *Pascal* (44) und *Vigoureux* (80) anschließen. *Pascal* (l. c. S. 159) sagt im Sinne *Klippels*: „ce n'est plus une entité morbide relevant toujours de la

---

[1]) Als Kuriosum, das aber eines Kornes der Wahrheit vielleicht nicht ganz entbehrt, will ich hier erwähnen, daß ein ungarischer Gutsbesitzer mir kürzlich mitteilte, er glaube, die Paralyse entstände durch übermäßigen Fleischgenuß, wie viele andere Krankheiten. Dafür spräche der Umstand, daß die Paralyse vorwiegend in den höheren Ständen, die mehr Fleisch äßen, vorkomme, und wenn sie sich jetzt mehr demokratisiere, so käme es daher, daß auch der Arbeiter jetzt viel mehr Fleisch ißt wie früher. Ebenso äßen die germanischen Völker und die Ungarn viel mehr Fleisch als die andern, daher hier mehr Paralyse usw. Wir wissen ja, daß viel Fleischgenuß schädlich wirkt, und zwar durch die Kalisalze, die das Zentralnervensystem direkt angreifen können. Es wäre daher wohl möglich, daß langer, übermäßiger Fleischgenuß ein disponiertes Gehirn noch mehr schwächt und so leichter Paralyse entstehen könnte, allein wohl aber kaum je.

même cause, mais un syndrôme clinique commun à des toxines diverses entraînant des lésions tantôt inflammatoires, tantôt dégénératives ... (S. 161). En somme la paralysie générale ou mieux les paralysies générales évoluent chacune à leur manière (die einen typisch, die andern atypisch) et quelques-unes, encore plus rares, associant à leurs lésions diffuses une lésion vasculaire en foyer." Und S. 160 sagt er endlich: Bei jeder Paralyse finden sich Gefäßdystrophien „Ces dystrophies vasculaires... sont représentées par diverses artérites: les unes syphilitiques avec ou sans caractères spécifiques; d'autres alcooliques, athéromatiques, tuberculeuses etc. Ces lésions diminuent la vitalité du cerveau, le rendent moins apte à se défendre contre les éléments toxiques". Dieser mehr oder weniger rein klinische Standpunkt scheint mir mindestens ebenso gerechtfertigt zu sein, wie der einseitig ätiologische oder histologische, welch letzteren neben *Alzheimer*, *Nissl* usw. neuerdings besonders *Fischer* (62) vertritt. Jedenfalls sehen wir, daß auch in dieser ganzen Angelegenheit das letzte Wort noch nicht gesprochen ist.

Dies führt uns aber noch einen Schritt weiter. Wir sehen, daß als Ursache der Paralyse eine Vergiftung, und zwar meist durch Syphilis, angenommen werden muß. Nun scheint es aber, daß auch dies allein nicht genügt, daß vielmehr noch eine angeborene, spezifische, selten erworbene Prädisposition des Gehirns, also ein in gewissem Grade invalides Gehirn, die conditio sine qua non sein muß, damit eine exo- oder endogene Ursache auf dem Vergiftungswege mitwirke oder als Gelegenheitsursache die Paralyse erzeuge. Dieser Lehre vom sogenannten invaliden Gehirn der Paralytiker — der meisten wenigstens — habe ich eine lange Reihe von Untersuchungen gewidmet (zuletzt *Näcke* 35, 36). Ich habe darin alle dafür sprechenden Momente zusammengestellt, und das angesammelte Material ist bereits so reichlich — und vermehrt sich täglich! —, daß man es nicht mehr einfach mit Stillschweigen übergehen kann. *Plaut* (61 S. 355) sucht den Wert der Theorie freilich abzuschwächen, muß aber doch selbst eine „wohl unbestreitbar vorliegende Disposition" hinstellen, will sie jedoch nicht mit mir in besonderer Gehirnanlage, als vielmehr „in einer primären Reaktion des Gesamtorganismus auf Syphiliserreger" ansehen. Nun habe ich



aber nachgewiesen, daß die Stigmata degenerationis am und im Körper bei den Paralytikern, wie bei den übrigen Geisteskranken auch, zahlreicher, verbreiteter und wichtiger[1]) sind, als bei Normalen. Sie sind uns ein „Signal" dafür, daß nicht nur die Anlage des Körpers eine nicht ganz „normale" ist und damit, soweit wenigstens deutliche Hemmungs- oder hypoplastische Erscheinungen an den inneren Organen nachweisbar sind, auch wahrscheinlich der Stoffwechsel quantitative oder qualitative Änderungen zeigt und somit auch möglicherweise der Gesamtorganismus auf den Syphiliserreger leichter reagieren kann, wie *Plaut* es postuliert. Wichtiger für den Gesamtstoffwechsel scheint mir aber doch trotz *Plaut* die Konstitution des Gehirns zu sein, und gerade hier habe ich (36) am Gehirn von Paralytikern mehr Hemmungsbildungen usw. aufgezeigt als an Normalen. Das ist also eine weitere wichtige Stütze meiner Theorie. Hätte *Plaut* die Paralytiker in vergleichender Weise wie ich auf äußere und „innere" Entartungszeichen, besonders auch am Gehirne, untersucht, so würde er den Resultaten solcher Studien gewiß einen höheren Wert beilegen, als er es tut, und den endogenen Faktor bei der Paralyse mit mir und anderen besonders unterstreichen.

Mit andern habe ich auch als sehr gravierend die große prozentuale Ziffer der erblichen Belastung bei Paralyse hervorgehoben, die hinter der durchschnittlichen bei den andern Psychosen n i c h t s e h r zurücksteht. Gegenteilige Angaben lassen verschiedene Erklärungen zu. Wenn in München z. B. diese Ziffer weniger hoch ist als in Hubertusburg und an vielen andern Orten, so beweist dies recht wenig. Auch bei den andern Psychosen sehen wir ja die Prozentzahlen der erblichen Belastung an verschiedenen Orten, oft auch zeitlich, sehr schwanken, und doch wird niemand die im allgemeinen viel höhere erbliche Belastung der Geisteskranken Normalen gegenüber bezweifeln. Es ist also nicht richtig, wenn *Plaut* sagt, daß „bei fast keiner psychotischen Störung die Anhaltspunkte für hereditäre Einflüsse so gering sind, wie bei der Paralyse". Was meint er dazu, wenn der vorsichtige und vielerfahrene *Binswanger* (4 S. 77) sagt: „Im

[1]) Erst ganz kürzlich kam ein Paralytiker bei uns zur Sektion, der außer zahlreichen Entartungszeichen am Kopfe eine bedeutende Hypoplasie des Herzens, der Milz und der Leber darbot, eine geringere dagegen, aber sicher vorhanden, an Nieren und Lungen.

Gegenteil muß die Heredität .... als ein wesentlich begünstigender Faktor für das Zustandekommen der Paralyse betrachtet werden. Wir haben stets zu berücksichtigen, daß ungefähr 40—50 % der Paralytiker eine deutliche hereditäre Belastung besitzen."? Sind 40—50 %, und diese Zahl wird von vielen jetzt gefunden, etwa geringe Prozente? Sogar schwere erbliche Belastung ist in ca. 10 % und noch öfter hier zu konstatieren. Dieser erbliche Einfluß spricht also weiter für die Wichtigkeit des endogenen Faktors. Ein ferneres Moment ist, daß von den Luischen doch nur ein geringer Prozentsatz, 1—2 %, später tabisch oder paralytisch werden[1]); das können doch wohl nur eben besonders dafür Disponierte sein. Wenn *Plaut* (S. 371) dies Moment dadurch abzuschwächen sucht, daß er sagt, es seien die tertiären Erscheinungen bei Lues überhaupt nur selten vorhanden, so geschieht es doch immerhin viel seltener gerade in der Form der Paralyse, also ist auch hier eine Disposition vorauszusetzen. Ein anderes unterstützendes Moment wäre die meist mild verlaufende Syphilis der Paralytiker. *Plaut* (l. c. S. 355) selbst sagt, daß eine Vorbedingung zur Erkrankung in einem bereits in der Anlage begründeten abnormen Abwehrmechanismus gegenüber dem Syphiliserreger gegeben sein könnte. Während also gewöhnlich nur schwere Formen der Lues das Zentralnervensystem angreifen, tun es hier mit Vorliebe schon mild verlaufende. Das ist also ein sehr wichtiger Hinweis auf ein invalides Gehirn!

Dafür sprechen ferner die neuerdings von *Ranke* und dann auch von *Trapet* (59) bei juveniler Paralyse gefundenen Entwicklungsstörungen im Gehirn[2]). Letzterer schreibt: „Die Lues scheint also durch ihren störenden Einfluß auf die Entwicklung des Gehirns einen

---

[1]) Wenn *Lesser* neuerdings (D. med. Wschr. 1909 Nr. 9) annimmt, daß ein Drittel aller Luiker an Tabes, Paralyse oder Aortenaneurysma zugrunde gehen, so ist dies eine ungeheuerliche Übertreibung, die aller Erfahrung der übrigen Autoren direkt widerspricht.

[2]) Prof. *Flechsig* zeigte mir kürzlich das Gehirn eines 15jährigen, an Dem. par. verstorbenen Jungen ohne hereditäre Lues, das noch nicht 900 g wog (in frischem Zustande) und sofort auf den ersten Blick die allergrößten Unregelmäßigkeiten der Windungen in Größe, Breite, Verbindungen usw. erkennen ließ. Sicher kein bloßer Zufall! Auch daraufhin sollte man also bei Sektionen juveniler Paralytiker achten, während man es meist nicht tut!

günstigen Boden für die später sich entwickelnde Paralyse (sc. juvenilis) zu schaffen, also gewissermaßen eine erhöhte Disposition zu setzen." Die dabei gefundenen Entwicklungsstörungen am Kleinhirn, welche auch *Ranke* fand, dürften nach ihm dem Begriffe: „ererbter Anlage", der zurzeit ein noch hypothetischer ist, ein anatomisches Substrat verleihen. Damit betont er die Wichtigkeit angeborener Zustände. Nach *Nonne* (84 S. 98) haben schon lange *Fournier*, *Oppenheim* und *Lamy* die Rolle der hereditären Disposition bei parasyphilitischen Affektionen behauptet, welche *Nonne* aber bei bloßer Hirnlues nicht finden konnte. *Von Krafft-Ebing* sah nach ihm die Syphilis als die wichtigste prädisponierende Ursache an, und *Nonne* (S. 312) meint, daß die meisten Autoren derselben beim Zustandekommen der Paralyse eine sehr erhebliche Bedeutung zumessen, in ihr jedoch keine conditio sine qua non sähen. Das würde also mit der von mir vertretenen Ansicht übereinstimmen, welche die Deutschen aber in der Mehrzahl nicht teilen. *Nonne* selbst (S. 318) schließt seine Ausführungen über den Gegenstand mit den Worten: „Wir tun gut nicht mehr zu sagen, als daß die Syphilis in vielen Fällen ihre Rolle dadurch spielt, daß sie das mehr oder weniger disponierte Gehirn in seiner Widerstandfähigkeit schwächt, so daß die später zur Geltung kommenden schädigenden Faktoren es im paralytischen Sinne beeinflussen können". Er sagt mit andern Worten fast genau das, was ich behauptet habe. Übrigens sieht er in der Paralyse keine spezifisch syphilitische Gehirnkrankheit. Leider scheint er von meinen zahlreichen auf unser Thema bezüglichen Arbeiten nur zwei zu kennen, die er anführt, sonst hätte er mich nicht (S. 308) sagen lassen, daß die Syphilis nur eine unter andern Momenten gleichwertige, den letzten Anstoß zur Erkrankung gebende Bedeutung besitze. Ich habe vielmehr immer betont, daß die häufigste Gelegenheitursache der Paralyse sicher die Syphilis sei. Dabei stellte ich mir — und tue es noch — die Sache so vor, daß sie eigentlich nie oder nur sehr selten die eigentliche Gelegenheitursache sei, den letzten Anstoß gäbe, was sicher kaum je in concreto wissenschaftlich aufzuzeigen ist, sondern daß sie die angeborene und spezifische, aber schwache Anlage für Paralyse noch mehr verstärke, sodaß dann eine Reihe anderer Momente, wie psychischer Shock, Überanstrengung, Alkohol usw. das Bild der Paralyse erzeugen und



zwar sehr wahrscheinlich auf dem Wege einer weiteren Vergiftung endo- oder exogener Art. Dafür scheint mir vor allem der Umstand zu sprechen, daß zwischen Infektion und Krankheitausbruch eine so lange Zeit (10—15 Jahre) liegt. Das Wort: „Ursache" ist ja leider eine wahre Crux für die Klinik, da es eben mehrdeutig ist. Außerdem wissen wir zur Genüge, daß bei allen Psychosen wohl stets gleichzeitig mehrere sogenannte Ursachen mitwirken, wobei wir die letztwirkende oder die anscheinend wichtigste als die Ursache κατ᾽ ἐξοχήν bezeichnen, was freilich oft sehr subjektiv zu entscheiden, kaum je absolut sicher zu beweisen ist.

Ganz mit uns übereinstimmend glaubt *Mott* (85), daß die parasyphilitische Erkrankung des Nervensystems überhaupt auf einer inneren angeborenen Ursache (Widerstandkraft des Organismus) und einer äußeren erworbenen (Virulenz des Virus) beruht. Und *Obersteiner* (39) sagt, zur Paralyse gehörten höchstwahrscheinlich mindestens zwei Faktoren: Syphilis und eine angeborene spezifische Disposition; befördert würde das Auftreten durch eine erworbene Disposition, wobei Trauma und Alkohol am wichtigsten wären, und hierbei brauche das erstere nicht immer stark zu sein. Ich gehe sogar etwas weiter als *Obersteiner*, indem ich eventuell statt der angeborenen Disposition eine nur erworbene für möglich halte. Man kann sich ja wohl vorstellen, daß diese Momente entweder bloß den Stoffwechsel ungünstig beeinflussen oder, wahrscheinlicher, direkte anatomische Schädigungen des Gehirns bewirken, die schließlich der Wirkung einer angeborenen spezifischen Disposition zur Paralyse gleichkämen. *Joffroy* (87 S. 308), der schon seit langem und sehr energisch die angeborene invalide Gehirnanlage des Paralytikers in den Vordergrund stellt, sagt in einem posthumen Werke ganz kürzlich erst wieder: „Les paralytiques généraux appartiennent de par leur hérédité à la famille névropathique... (306) la prédisposition psychopathique habituelle chez tous les paralytiques généraux..." Ich habe mich jedenfalls immer noch etwas vorsichtiger ausgedrückt. Wir sehen also jedenfalls, wie die Lehre der Mitbedingtheit der Paralyse durch eine meist angeborene Veranlagung immer weitere Kreise schlägt, und auch *Plaut* muß ihr, wenngleich widerwillig, huldigen.

Immer mehr sieht man eben den letzten, eigentlichen Grund der





Psychosen überhaupt in einer angeborenen und weiter einer spezifischen Veranlagung des Gehirns und der anatomischen Art. Hat doch z. B. erst kürzlich *Thalbitzer* [1]) diese bei dem manisch-depressiven Irresein in einer angeborenen Dünnheit der sogenannten dreikantigen Bahn finden wollen und gemeint, auf dieser degenerativen Grundlage müsse dann noch eine Gelegenheitsursache zutreten. Eine der wichtigsten Aufgaben der wissenschaftlichen Psychiatrie wird sicher in dem Aufsuchen jener meist angeborenen Hirnanlage bei den Geisteskrankheiten bestehen, und die teratologischen Studien, die erst jetzt anfangen Fuß zu fassen, werden hier das letzte Wort zu reden haben. Denn mit der Annahme bloßer Stoffwechseldifferenzen ohne anatomisches Substrat wird man wohl nicht weit kommen. Erst dann kann man weiter fragen, worin die zu fordernde spezifisch verschiedene anatomische Anlage der Hauptpsychosen wohl beruhen kann.

Übrigens würde selbst dann, wenn die Syphilis stets bei der Paralyse vorangegangen wäre, was sie nach Obigem nicht tut, damit noch durchaus nicht ganz sicher ein ätiologischer Zusammenhang ausgesprochen sein, wie dies schon früher *Hermanides* darlegte. Die Statistik kann nie und nimmer die wahre Ätiologie aufdecken, sie kann dafür nur direkte oder indirekte Hinweise geben. Ich möchte daher nicht ohne weiteres *Edel* (15) darin recht geben, daß der Zusammenhang von Lues und Paralyse in den meisten Fällen durch den großen Prozentsatz von +W festgestellt ist, mag dieser nun direkt oder mehr indirekt sein; sondern lieber statt: festgestellt, sehr naheliegend sagen. Wir wissen jetzt besonders durch *Fischer* (62) und *Ranke* (45), daß die histologischen Hirnbefunde bei Paralyse nicht für die Syphilis bei der Paralyse zu verwerten sind. Nur das Experiment könnte den wahren Zusammenhang von Paralyse und Syphilis sicherstellen. Das setzt aber wieder voraus, daß die Kultur der Spirochaete pallida möglich wäre, die wir zurzeit noch nicht kennen. Und gemacht könnten dann die Experimente doch sicher nur an Tieren werden, wobei freilich das eventuelle paralytische Bild gewiß nur sehr verwischt und unklar sich zeigen würde und schwerlich mit dem menschlichen ohne weiteres

[1]) Die manio-depressive Psychose. Ref. Neurol. Ztlbl. 1909, S. 654.

zu parallelisieren wäre, wie das z. B. die famose „Hundeparalyse“ durch Rotation auf der Drehscheibe hinreichend zeigt. Selbst wenn es gelingen sollte im Gehirne oder im Liquor usw. der Paralytiker die Spirochaete zu finden, so könnte das an Beweiskraft mit den Experimenten doch nicht konkurrieren.

Noch aber möchte ich vor Schluß dieses Abschnitts eine wissenschaftlich interessante und praktisch hochwichtige Frage wenigstens kurz streifen. Ist der Paralytiker, bei dem +W nachgewiesen ist, noch als a k t i v syphilitisch anzusehen und wie lange, selbst wenn er keine frischen Zeichen von Lues mehr an sich trägt?[1]) *Plaut* (61 S. 371) hält es nicht für unwahrscheinlich, daß der Paralytiker selbst dann noch tätiges Virus in sich trägt, somit ein Spirochaetenträger wäre, wie es *Wassermann* ja will. Dafür könnte, meine ich, vielleicht der Umstand sprechen, daß Eheleute bei konjugaler Paralyse gewöhnlich in relativ kurzer Zeit hintereinander erkranken, und zwar weil die meisten Männer bald n a c h der Infektion und n a c h der durchgemachten Lues heiraten, also zu einer Zeit, wo das Virus jedenfalls noch aktiv war. Später, glaube ich, ist dies nicht mehr der Fall. Heiratet gar erst, wie es nicht so selten ist, der angehende Paralytiker in seiner Kritiklosigkeit oder erneutem Liebesbedürfnis, so wird die Ehefrau kaum je paralytisch werden. Ich möchte also das Vorhandensein von +W nicht als ein Zeichen von Aktivität der Lues ansehen. Ist ferner die Frau eines Paralytikers — und nach *Blaschko* (*Munter* bei *Edel* 15) sollen a l l e Ehefrauen von Paralytikern +W zeigen — als syphilitisch zu bezeichnen, selbst wenn sie n i e Zeichen von Lues darbot? Ich glaube es nicht. Das wäre für das Ammenwesen ausschlaggebend. Wie steht es weiter mit dem Neugeborenen mit +W, doch o h n e hereditäre Lues? Manche halten ihn für syphilitisch, andere nicht, und ich glaube letzteres mit Recht. Nur sehr selten dürfte ein solcher erst später ohne weitere Ansteckung Lueszeichen bekommen und damit sich als latenter Syphilitiker erweisen. Ein solches

[1]) Wichtig ist, daß nach *Neisser* das Gift (die Spirochaeten) in den Hoden und Ovarien ist, was er mit Recht für die kongenitale Vererbung für sehr wichtig hält. Bedeutet dann das Schwinden von +W, daß auch das Gift dort verschwunden ist? Aber wir wissen hinwieder, daß bisweilen —W später wieder + werden kann. Daher Manche sagen, Syphilis sei überhaupt nie heilbar.



Kind ohne hereditäre Lues könnte also dann ruhig einer Amme übergeben werden. Ist der juvenile Paralytiker endlich, wenn er nie hereditäre Lues gehabt hat, was bisweilen vorkommt [1]), und die + Serumreaktion zeigt, als aktiv luisch zu bezeichnen? Man sieht sofort die ungeheure Tragweite dieser und ähnlicher Fragen. Interessant und meines Wissens bisher noch nicht näher untersucht ist auch die Frage, ob alle Kinder von Paralytikern, die nie Zeichen von Lues darboten, +W zeigen oder nicht. Hier besonders wäre es mehr als wichtig zu erforschen, ob solche dann als syphilitisch anzusehen sind oder nicht, und zwar wegen des Heiratens. Der vielerfahrene Syphilidolog *Neisser* [2]) sagt, selbst neuerdings, daß es noch nicht sicher ausgemacht sei, ob +W bei einem Luiker wirklich die Anwesenheit von Spirochaete anzeige, und ob eventuell die Gefahr eines Rezidivs drohe — oder eines erstmaligen Ausbruchs der Lues bei bisherigem Fehlen von Anzeichen dieser Krankheit, füge ich bei —, oder ob nur durch die Reaktion ein Hinweis dafür gegeben sei, daß die betreffende Person früher einmal Syphilis gehabt habe. In Betracht der großen Wichtigkeit dieser Entscheidung fragt er deshalb öffentlich an, ob sicher ein Fall von Paralyse bekannt sei, bei dem man annehmen darf, daß er bei schon vorhandener Paralyse sich neu mit Syphilis infiziert habe. Nun, soviel ich weiß, sind solche Fälle, wo also ein Paralytiker im frühen Stadium sich infiziert und frische Zeichen der Syphilis darbietet, schon öfter beobachtet worden. Es wäre aber dann zu entscheiden gewesen, ob Lues schon früher bestand, was in concreto natürlich eventuell schwer zu beweisen ist. Bei juveniler Paralyse, die ja meist auf dem Boden einer hereditären Syphilis erwächst, kommt frische Infektion mit Zeichen derselben gar nicht so selten vor. Auch das spricht für die Möglichkeit einer Reinfektion eines Luikers [3]). Die

[1]) Gerade solche immerhin seltene Fälle von juveniler Paralyse ohne hereditäre Lues sind meiner Ansicht nach eine wichtige Stütze für die große Bedeutung der angeborenen Anlage, während *Plaut* (l. c. S. 357) die gewöhnlichen Fälle nach hereditärer Lues dagegen ausspielt.

[2]) Münchner med. Wschr. Nr. 22, 1909, S. 1160.

[3]) Doch müßte natürlich dann das Überstehen einer hereditären Lues festgestellt worden sein, da es ja auch juvenile Paralyse ohne solche gibt.

Frage der Aktivität der Syphilis ist endlich bekanntlich auch bei der Behandlung von einschneidender Bedeutung. Gibt das Schwinden von +W einen sichern Anhaltspunkt für Heilung und Gefahrlosigkeit der Heirat? Diese Fragen sind besser vielleicht experimentell zu entscheiden, jedenfalls besser, als durch den Nachweis von Spirochäten, wenn er sich einmal liefern lassen sollte.

## II.

Nachdem wir allgemeines über atypische Paralysen vorausgeschickt haben, vor allem aber verschiedene Punkte näher untersuchten, die damit direkt oder indirekt zusammenhängen, kehren wir nun zu unserem engeren Thema zurück. Eine allgemeine Einteilung der atypischen Paralysen, die gewissen Ansprüchen genügt, kenne ich nicht; es werden meist nur die einzelnen Krankheitsbilder einfach aufgezählt. Auch schon eine scharfe Definition wird kaum irgendwo gegeben. Ich stelle als atypische Paralysen solche hin, die von dem gewöhnlichen Bilde [auch in seinen verschiedenen Verlaufsweisen] somatisch, psychisch oder nach beiden Richtungen hin erheblich abweichen, bis zum völligen Verkennen des paralytischen Bildes. Leider kann das wichtige Adverb „erheblich" nicht näher umgrenzt werden, daher bleibt dem subjektiven Ermessen immer noch ein Spielraum übrig.

Bezüglich der Einteilung der atypischen Paralysen möchte ich folgende vorschlagen, welche alle die einzelnen Formen der Autoren in sich faßt:

1. Fälle, die ganz der Paralyse gleichen, aber keine sind, wie die Serodiagnostik und Histologie erweisen, die eigentlichen Pseudoparalysen, wahrscheinlich die kleinste Gruppe. Zu ihnen gehören z. B. einige wenige Fälle der alkoholischen, traumatischen, saturninen, syphilitischen Pseudoparalysen,

2. solche, die zwar manche Ähnlichkeit mit Paralyse haben, aber doch so, daß ohne Serodiagnostik bis zuletzt die Diagnose schwanken kann. Das ist die größte Gruppe und enthält die ganze Klasse der sogenannten Pseudoparalysen,

3. endlich solche, die unter ganz andrer Diagnose verlaufen und am Sektionstische oder vorher durch Serodiagnostik mehr oder weniger

sicher als echte Paralyse befunden werden. Es ist das eine sehr kleine, aber interessante und noch wenig bekannte Gruppe, die dann nicht zu den Pseudoparalysen, sondern zu den echten, aber „verkappten" Paralysen gehört.

Wie man sieht, habe ich mich hierbei auf den Standpunkt der meisten Autoren gestellt, welche nur die syphilitisch bedingte Paralyse als echte gelten lassen wollen, einen Standpunkt, dem ich, wie ich früher mitteilte, nicht beistimme. Ich glaube, meine Einteilung dürfte für die Praxis vielleicht die beste sein, besser als die von *Obersteiner* [40] vorgeschlagene: in 1. akute Paralyse, 2. Kombinationsformen und 3. atypische Paralyse *Lissauers*.

Im folgenden teile ich nun einige Fälle mit, die verschiedenen atypischen Kategorien angehören und die hierbei auftauchenden Schwierigkeiten in den einzelnen Fällen klarlegen sollen. Das, was ich an den meisten bisher veröffentlichten atypischen Fällen vermisse, ist eine ausführliche Schilderung derselben, die mir hier gerade doppelt geboten erscheint, da es sich zum Teil um recht kaleidoskopische Bilder handelt, denen man genau in allen Phasen nachgehen muß. Ich hoffe, die unten folgenden Krankengeschichten werden diesem Erfordernisse genügen und so jedem Leser einen genauen Einblick in die einschlägigen Verhältnisse gewähren.

Von den 5 Fällen gehören 3 [Nr. 1, 3 und 4] zu unserer zweiten Kategorie, d. h. also zu solchen, wo die Diagnose schwankend war und blieb, da die Serodiagnostik nicht gemacht wurde. Die 2 andern Fälle [Nr. 2 und 5] zählen zur dritten Kategorie, d. h. zu den Fällen, die unter ganz anderem Bilde verliefen und erst bei der Sektion mehr oder weniger sicher als echte Paralyse sich entpuppten. Die erste Kategorie, wo also die Diagnose der Paralyse sich nicht bestätigte, ist nicht vertreten. In den ersten 3 Fällen [Nr. 1, 2, 3] geschah die histologische Untersuchung des Gehirns. Die Serodiagnostik ward hier und bei den andern 2 Fällen nicht angewandt. Unsern früheren Darlegungen gemäß kann weder die Serodiagnostik noch die Histologie allein die Diagnose absolut sicherstellen, sondern man müßte hierzu die verschiedenen Untersuchungsmethoden anwenden, sie mit dem klinischen Bilde zusammenhalten und dabei wieder voraussetzen, daß echte Paralyse nur die syphilitisch bedingte ist. Wie wir aber schon sagten, dürften diesen strengen Anforderungen keine

oder nur sehr wenige in der Literatur niedergelegte Krankheitsgeschichten genügen, und darum müssen wir schon zufrieden sein, in zweifelhaften Fällen durch sero- oder histologische Untersuchung die Diagnose als sehr wahrscheinlich hinzustellen, wobei die histologische noch wichtiger als die serologische ist, welch letztere freilich den Vorteil hat, schon in vivo uns Anhaltpunkte zu geben. Schon dadurch gewinnen wir wertvolles Material. Unsere 5 Fälle bieten aber endlich noch manches Beachtenswerte dar, das in der Epikrise besprochen werden und so Beiträge zu verschiedenen interessanten Fragen bieten soll.

1. Fall. Dr. H., Spezialarzt, geb. 1872, ledig, rez. u. 1. 2. 1905. Aus dem Fragebogen interessiert folgendes: Eine jetzt 35jährige Schwester war vorübergehend wegen „Größenwahnvorstellungen" hier und in Nervenheilstätten, gilt gegenwärtig als geheilt. Pat. hat Lues gehabt. Beginn der Erkrankung nicht angegeben. Angeblich keine Exzesse, solid. Gedächtnis, Auffassung und Urteil bis zur Erkrankung angeblich gut. (Galt als guter Spezialist und verdiente das Jahr 12 000 M.) Reiste von Ch. nach K. zu einem Feste. War hier erregt, fiel auf, verlobte sich plötzlich auf einem Dampfer mit einer völlig Unbekannten. Kam in die dortige Irrenstation. Hier zeigte sich Pupillendifferenz, reflektorische Pupillenstarre, linker Stirnfazialis schwächer, Zunge zitternd, zeitweise Silbenstolpern, Zittern der Hände, lebhafte Reflexe, Zehenreflexe nicht deutlich. Hypalgesie. Erst euphorisch, erregt, Größenideen, schlechter Schlaf, dann Depression, mehrfache Suizidversuche, zeitweise wechselnde Stimmung, bald gereizt, bald weinerlich, gleich darauf gehoben. Vorübergehend aggressiv gegen Patienten und Personal. In der letzten Zeit starke Depression, zunehmende Demenz, Sitophobie, Fütterung.

Bei der Zuführung in Hub. Hemd und Hosen mit Urin durchnäßt. Klein, ziemlich kräftig, untersetzt. Keine Dermographie. Handmuskeln sehr abgemagert. Der 2. Finger rechts und der 4. links stark verkürzt. Fingernägel flach, links weniger. Nasolabialfalten verwischt. Puls im Liegen 72, regelmäßig, voll. Herzstoß nicht fühlbar. Organe gesund. Starke Muskelerregbarkeit, Sensibilität erhalten, Lokalisation der Nadelstiche unsicher. Bauch-, Skrotalreflex gut, Achillesreflex sehr stark, die Zehenreflexe ganz schwach, die Patellarreflexe erhöht. Kein Romberg; leichtes Zittern an der Zunge, Würgreflex. Pupillen gleich, Reaktion träge, Akkomodation. Schädel asymmetrisch, in der Temporalgegend ausgebuchtet. Die Sagittalis bildet eine Gräte. Haar ziemlich reichlich, straff. Auf der Kopfhaut viele haarlose, streifenförmige Narben, angeblich von Schmissen herrührend. Der Scheitel abnorm weit nach rechts. Stirn hoch, rechte Hälfte etwas mehr ausgebuchtet als links. Auf der linken Stirnseite verschiedene verschiebbare Narben. Nase kolbig; in der

Mitte eingeknickt (Schmiß). Ohren etwas abstehend, das linke etwas kleiner als das rechte. Rechts Darwinscher Knoten. Zähne gut, Foetor ex ore, starke Incisura progeneia. Schwache Lumbal-Lordose. Kein Eiweiß im Urin. Deprimiert aussehend. Gibt Alter, Geburtstag, Personalien gut an, kennt die Jahre, nicht aber das Datum. Erkennt seine Eltern nicht an. (Nun, sagen Sie doch mal, leben Ihre Eltern noch?) ... „Ja ... ich habe in letzter Zeit viel gehört ... und ich bin mir bewußt ... ich höre jetzt zum Beispiel, daß ich das nicht sagen soll." (Haben Sie Geschwister?) „Ja." (Wieviel?) „Das hat sich jetzt geändert ... es sind meine richtigen Eltern nicht. ...(Auf entsprechende Fragen:) ... Das haben mir die Stimmen gesagt ... denen glaube ich ... ich darf nichts sagen ... ich habe das erst in den letzten Wochen erfahren." Gibt weiter an, er sei krank geworden, habe das aber nicht eingesehen. Er sei aufgeregt gewesen ... in K. sei er in eine Tobzelle gekommen, weil er getobt habe. Von den ersten Tagen in der Klinik wisse er nichts mehr. Gibt zu, daß er auf einem Dampfer an eine fremde Dame, der er sich habe vorstellen lassen, eine Anfrage bezüglich einer Verlobung gerichtet habe. Von Selbstmordversuchen, auch von Aggressivität weiß er nichts. Antwortet langsam nach längerem Besinnen. Scheint unter dem Einflusse von Halluzinationen zu stehen. Da er wenig spricht, fällt an der Sprache nichts Besonderes auf, und Gedächtnis, Merkfähigkeit usw. lassen sich zurzeit nicht gut prüfen. Sitophobie. Größenideen nicht nachzuweisen.

Verlauf. Sitophob; Sondenfütterung. Spricht nicht, nickt nur ja oder nein auf Fragen. Starre, katatonische Haltung, war sehr oft unrein. Gelegentlich bittet er, man solle ihn nicht füttern, er habe keinen Magen, das Essen gelange direkt in die Bauchhöhle. Die Nahrungscheu dauerte bis zum 19. Februar. Er verlangte Apfelsinen, besonders „Kraftschokolade". Die Starre hat sich gelöst, macht allerlei Bewegungen, spricht aber noch sehr wenig, antwortet nur hie und da. Am 22. Februar hat er gehört und hört es noch, daß für ihn in der Küche neun Eier angekommen seien; er verlangt sie energisch. Die müsse er auf einmal essen. Nimmt drei Eier roh und läßt sich eins in die Suppe schlagen. Wiederholt längere Zeit: „Nun bin ich der Lorenz ... nun bin ich der Lorenz" ... usw. anscheinend etwas erregt. — 23. Februar. Verlangt, der Arzt solle ihn füttern, die Sonde aber bis zur Symphyse führen, wo noch ein Rest von Magen da sei, und man solle 2 l einlaufen lassen. Spricht skandierend. — 28. Februar. Jetzt im allgemeinen freier, doch stunden- oder tageweise noch katatonisch starr, antwortet, leidlich orientiert, geht in den Garten, aber doch wenig zugänglich, besonders bezüglich seiner Wahnideen usw., deutet an, daß er darüber nicht sprechen dürfe. Immer apathisch-depressiv. Ißt viel, aber nur, was ihm paßt. Öfters mit Urin und Kot unrein. — 10. März. Gegen Abend etwas erregt, weil er nicht die ganzen Apfelsinen auf einmal essen soll. Allmählich, durch vieles Fragen, gibt er folgende Größenideen

heraus: Sein Urin sei kein gewöhnlicher Urin, der sei ein edler Saft, ein besonderer Saft; er habe eine göttliche Einrichtung, müsse noch drei Jahre lang behandelt werden, dann sei er fertig zu seiner Aufgabe; zu derselben sei er schon vor seiner Geburt bestimmt. In seinem Gehirn sei eine göttliche Einrichtung, er sei überhaupt göttlich. Was er da esse, sei eine „göttliche Omelette". ... In 13 Tagen käme er von hier fort, wahrscheinlich unsichtbar. Seine Organe seien alle ganz anders wie bei den andern Menschen. Er könne 36 Apfelsinen auf einmal essen, seine Arme und Beine würden verlängert. Er habe in Ch. zwei große Häuser und Hinterhäuser und Grundstücke, und mindestens 500 000 M. Die Pfleger sollten ihn nicht anfassen, denn er sei ein göttliches Wesen, mehr dürfe er nicht sagen, er habe schon zu viel gesagt. Seine Haltungen hingen mit Hypnose zusammen. (Er behauptet dann aber, daß er weder hypnotisiert würde noch selber hypnotisiere.) Was in der Krankengeschichte stände, sei falsch. Das seien keine Halluzinationen. Er sei gesund im Kopfe. — 19. März. Äußert nichts mehr von Wahnideen. Starr und stumm, zeitweise sonderbare Stellungen. — 30. März. Plötzlich heute viel freier, antwortet. — 31. März. Wieder stumm und starr. — 8. April. Aufgestanden. Früh Sprache schwer, schleppend, nachmittags viel weniger. Auffällige Zuckungen im Gesicht. R. Pupille etwas größer als l. — 9. April. Spricht nicht. — 10. April. Euphorisch, Sprache wieder sehr schleppend. Zeitweises Zucken, besonders um das rechte Auge. Heute linke Pupille größer als rechte. Sagt, er habe gestern nichts herausbringen können, obwohl er gewollt hätte. Es sei nicht gegangen (zeigt dabei auf seinen Kehlkopf). — 12. April. Einige Zeilen geschrieben, stark ataktische Schrift, Auslassen verschiedener Buchstaben und Satzzeichen und einige Verdoppelungen. Er schreibt: „Unterfertigtem ist soeben mitgeteilt worden, daß er hier zu einer „Kur" aufgehoben ist. Unterfertigter bittet um sofortige (?) Antwort, worin diese „Kur" besteht. Mir ist nichts von irgend einer „Kur" bekannt. Unterfertigter ist 1. Reserve-Offizier, 2. Couleur-Student, 3. Arzt, 4. selbstständig, 5. Bürger, 6. Spezial-Arzt." (Ohne Unterschrift) — 20. April. Häufig erregt, drängt fort, er sei gesund. — 5. Mai. Weniger erregt, höflich, spricht wenig, ist stets für sich. Sehr wählerisch im Essen, und fast alles ist extra nach seinem Wunsche zusammengestellt. — 28. Mai. Im allgemeinen ruhig, lebt ganz nach eigenem Gutdünken, ißt nur, was er will. Höflich und kavaliermäßig. Liest nicht, zeigt keinerlei Interesse, kann kein ordentliches Gespräch führen. Verschlossen, stumpf, innerlich anscheinend mit seinen Wahnideen beschäftigt, von denen er zwar nicht spricht, die er aber jedenfalls hat. Bisweilen eigenartige Stellungen. Sprache sehr schleppend, häsitierend; merkt es offenbar selbst, und dies ist ihm peinlich. Spricht nie von den Seinen. — 1. Juni. Etwas zugänglicher, zeigt, daß er an den früheren Größenideen festhält. Seinen Beruf will er nicht wieder ergreifen, er ist zu etwas Besonderem berufen, aber das darf er nicht sagen. Sein Urin ist „zeitweise" göttlicher Saft. Die sonderbaren Stellungen und



Haltungen, die er bisweilen einnahm, bedeuten „Gebetstellungen", „wenn er Dank abstattet im Gebet" zu Gott. — 16. Juni. Aus Erregung näßte er die Hosen. Es sei aber kein Urin, sondern ein göttlicher Saft. — 28. Juni. Näßt täglich das Bett, zieht sich oft nackt aus, um Luftbäder zu nehmen. — 10. Juli. Näßt andauernd das Bett. Sagt, er habe eine besondere „kleine Blase" über der Symphyse, das sei eine besondere Einrichtung, einen besonderen Namen habe sie aber noch nicht. — 21. Juli. Immer Bettnässen. Sagt, er habe gehört, daß er gar nicht selber nässe, sondern andere. Er höre immer Stimmen. Er sei schon mehrere Male im Himmel gewesen, durch gewaltige Kraft emporgetrieben. Einmal seien ihm drei Lebensläufe oben vorgelesen worden, das habe er nackend angehört. Er solle 300 000 Jahre leben; jetzt fange er erst an. Seine jetzigen Organe würden alle durch solche ersetzt, die einstweilen noch im Himmel wären. Schon von Jugend auf sei er vom Himmel aus beobachtet worden. Er sei auch schon mit einem Dampfschiff oben gewesen, Gott habe er wiederholt gesehen. Deutliches Silbenstolpern mit Häsitieren heute. — 28. Juli. Öfters heftig erregt, droht, verlangt die Entlassung. — 31. Juli. Steht oft stundenlang mit erhobenen Armen in Beterstellung starr da. Sehr drängend. Geht im Garten viel barfuß, möchte sich am liebsten nackt ausziehen. — 5. August. Zog sich nackt im Garten aus. Als er sich anziehen sollte, schlug er auf die Pfleger ein. Im Wachsaale sprang er plötzlich über den Tisch und die Stühle, stürzte sich auf den Pfleger B., warf ihn in die Ecke, schlug mit Fäusten furchtbar auf ihn ein, auch auf den dazukommenden Arzt. Mehrere Pfleger mußten ihn bändigen. — 9. August. Wartet in der Haltung eines „schwebenden Engels" an der Tür nackt auf seine Entlassung oder besser Abholung in den Himmel. Verlangte vom Arzt, in den Garten geführt zu werden, dort sei Eis für ihn angekommen, was ihm Stimmen gesagt. Er höre überhaupt immer Stimmen; die müsse der Arzt doch auch hören. Als ihm dieser den Gartengang verweigerte, stürzte sich Pat. blitzschnell auf ihn und wollte ihn schlagen. — 10. August. Läuft drohend auf und ab und flüstert lebhaft dabei. — 11. August. Griff wieder sehr heftig einen Pfleger an. Kommt ins Haus der Unruhigen. — 13. August. Stets mit Halluzinationen. Steht oft stundenlang, bis zum krampfhaften Zittern, in schwebender Haltung da. — 14. August. Nachmittags lief er finster um den Tisch. Halluzinierte stark und sagte zu den Pflegern: „Hört Ihr es denn nicht, was die Stimmen sagen? Ich soll sofort entlassen werden." Verlangte sofortige Entlassung vom Arzte und gab ihm unversehens einen Faustschlag auf das Kinn. Am nächsten Tage griff er den Oberpfleger an. — 17. August. Fast den ganzen Tag in schwebender Haltung neben seinem Bett, krampfhaft, dabei zitternd vor Müdigkeit und schwitzend, mit leicht geschwollenen Füßen. Aß nichts. — 19. August. Liegt nackt im Bett, krampfhaft die Arme ausgestreckt. — 25. August. Stand fast den ganzen Tag im Zimmer, unbeweglich in einer Richtung nach aufwärts

starrend, immer die Worte murmelnd: „Besten Dank für die Zusendung der Million. Besten Dank für das, was gestern abend von dem lieben Mütterchen herabgebracht ist." — 30. August. Besuch seiner Schwester. Passiv, ablehnend, wiederholte nur mehrmals: „Ich will fort; ich will in den Himmel." — In der nächsten Zeit teilnahmlos, in sich versunken, im Bett liegend. Spricht fast nicht. Am 20. September sagte er zum Arzt: „Ich verbitte mir, Kollege genannt zu werden, ich bin nicht Kollege." — 24. September. Heute auf- und ablaufend, immer dabei wiederholend: „Besten Dank für die Mühe der Feuerwehr und Soldaten." Lag weiter apathisch, stumm zu Bett. — 25. Oktober. Näßt vielfach das Bett. „Der Saft kommt von oben, wird mir ins Bett geschickt." Öfters Verunreinigungen. — 5. November. Rieb längere Zeit heftig seine Beine, dabei stark schwitzend. — 11. November. Sprang nachmittags plötzlich mehrmals aus dem Bett, lief schnell auf und ab, erst im Hemd, dann nackt, verunreinigte sich mit Kot. Fast stumm. — 12. November. Sagte beim Ankleiden, er sei jetzt viel größer geworden, das merke er an den Kleidern. — 13. November. Onanierte nach dem Mittagessen. Fast stumm. Störte weiterhin durch sein rücksichtloses Umherlaufen so sehr, daß er separiert ward. — 12. Dezember. Starre Haltungen. Verlangt Entlassung. Liegt so weiterhin starr im Bett, stumm, ißt oft tagelang nichts. — 12. Januar 1906. Entmündigungstermin. Sagt hier, er habe die Schwindsucht, sei schwer krank ... er sei der ururälteste ... die einstige Ewigkeit ... das ist im Himmel gesagt ... er sei zeitlebens im Himmel gewesen, seit 420 Jahren sei er auf der Erde ... Er wisse alles ... ich habe mir erlaubt, alles abzuschaffen, meinen Verstand, meine Wissenschaft, meine Erinnerungen ... ich bin der Älteste im Himmel und auf Erden ... ich habe im Himmel alles erreicht, ich bin Kaiser von sämtlichen Kaiserreichen, ich habe den Himmel hergestellt, die Erde, habe alle Menschen geboren ... Er sei nicht geisteskrank, habe aber alle möglichen Kokken und Bakterien an sich ... in Indien und Bombay sei er im Pestlokal gewesen (war Schiffsarzt!) ... (erzählt von seinen Studien) ... er habe nicht gegessen, weil in den Speisen und Getränken, auch im Porzellan Gift sei ... im Himmel habe er alle Stunden ein Glas Bier getrunken und eine Franzsemmel gegessen. ... Spricht sehr leise, stark stolpernd und häsitierend, lächelte einigemal. Auffallend, wie er im Termine gesprächig war, während er sonst kaum spricht. — In der nächsten Zeit schlecht gegessen, stumm, lief unruhig umher, sehr reizbar und leicht gewalttätig. Am 22. Januar 1906 schlug er zwei Fensterscheiben ein, „weil das Fenster nicht aufging". — 2. Februar. Lispelt vor sich hin, steht nackend mit über der Brust gekreuzten Armen da. — 3. Februar. Läuft stundenlang in einer Ecke im Kreise herum. Er ißt schlecht. Schlief auch öfters schlecht und lief herum. — 9. Februar. Stand nachts von ½11 bis 1 Uhr im Bette und machte hüpfende Bewegungen, wodurch er störte. — 10. Februar. Läuft wieder stundenlang im Kreise herum. — 20. Februar. Fort-

gesetzt unrein, reißt fast alles vom Leibe, ißt schlecht, dann wieder zwei Mahlzeiten auf einmal und sich zum Kauen kaum Zeit lassend. Oft steht er stundenlang starr da mit krampfhaften Armhaltungen oder läuft stereotyp auf und ab, oft vor sich flüsternd. Ißt immer schlechter, wird immer unruhiger; auch durchfällig, jedenfalls mit infolge seines mangelhaften Essens. — 14. März. Reibt sich fortgesetzt am Gliede und am Bauche; knirscht viel mit den Zähnen. Hat offenbar schreckliche Gefühls- und andere Sinnestäuschungen. — 2. April. Hat sich auch die Leistengegend aufgerieben. — 8. April. Geht immer mehr zurück, etwas aufgelegen. Im Garten trank er aus dem Urinkübel! — 13. April. Beim Gehen hängt er jetzt nach rechts. — 15. April. Knirscht immer mit den Zähnen, hat starre Haltungen, reißt, ist unrein. — 24. April. Seit einigen Tagen Hüsteln, erregter Puls, ist zusammengefallen, knirscht. — 29. April. Exitus letalis; Agone begann gestern.

Sektionsbefund. Sektion etwa 19 Stunden p. m. Grazil, 148 cm lang, ohne Fettgewebe, kräftig; handtellergroßer Dekubitus am Rücken. Schädeldach mäßig dick, asymmetrisch; Blutleiter mit Gerinnseln und dunkelflüssigem Blut gefüllt. Dura ohne Besonderheiten. Pia überall grau, zart durchscheinend, schwer abziehbar. Gefäße normal. Windungen am Vorderhirn etwas verschmälert, Rinde nur wenig. Mark sehr feucht; reichliche Blutpunkte. Seitenventrikel etwas erweitert, mit viel klarer Flüssigkeit. In allen Ventrikeln das Ependym stark gekörnt. Sonst nichts Abnormes. Hirn wiegt 1360 g. Herz normal, kein Atherom. Im linken Unterlappen pneumonische Herde, der rechte fast ganz luftleer. Pleura leer, ohne Verwachsung. Sonst nichts Besonderes.

Mikroskopische Untersuchung des Gehirns durch Herrn Dr. *Dost* in Hubertusburg nach *Nissl*. „Reihenbildung der Pyramidenzellen gestört. Starke Vermehrung der Kapillaren. Gefäße weit, reichlich mit Blut gefüllt. Mäßige Infiltration der Gefäße; besonders Plasmazellen, wenig Lymphozyten in den adventitiellen Lymphräumen. Selten Mastzellen. Die Elastika der Gefäße gespalten, gerollt, zeigt ungleich große Maschen. In den Adventitiazellen häufig Pigment. Zahlreiche Stäbchenzellen. Adventitia- und Endothelzellen teils gewuchert, teils rückgebildet. Plasmazellen teilweise krümelig zerfallen oder angenagt. Gliazellen vermehrt, teilweise mit deutlichem Zelleib, mehrfachen großen Kernkörperchen. Kernteilung. Teilweise abgeblaßt und körnig zerfallen. Faserwandschicht verstärkt. Die Gliafasern teilweise verdickt. Große Spinnenzellen. Um die Gefäße dichte Scheiden von Gliafasern. Pyramidenzellen teilweise ohne Fortsätze, zeigen staubförmigen Zerfall der Granula oder klumpige Anordnung des Chromatins. Kernmembran teilweise undeutlich. Oft die Grenze des Leibes undeutlich, unregelmäßig. Auch wabige Degeneration und Zellsklerose. Oft nur noch geringe Zellreste. Manche Zellen mit Pigment angefüllt. Nervenfasern an verschiedenen Stellen gelichtet, besonders die Tangentialschicht. In der Pia





zahlreiche rundliche Plasmazellen, einzelne um die Gefäße herum, meist aber frei im Gewebe, weniger Lymphozyten, einige Mastzellen. Gefäßveränderungen wie in der Rinde. Diagnose: Progressive Paralyse." Bemerkt sei noch, daß nach *Nissl* und *Weigert* untersucht und die Objekte aus der 3. Stirn-, Zentral-, 1. Schläfenwindung und dem Cuneus stammten. Das bezieht sich auch auf die späteren Untersuchungen der zwei folgenden Paralytiker.

Dieser Fall ist absichtlich besonders ausführlich behandelt worden, weil er des Interessanten viel darbietet. Wir erfahren nichts vom näheren Beginne der Erkrankung, da Pat. unverheiratet war. Plötzlich, auf einer Vergnügungsreise, bricht eine starke Erregung hervor, welche durch einen ganz unmotivierten Verlobungsversuch auf dem Dampfschiffe ihren Höhepunkt erreichte und Pat. in das Krankenhaus brachte. Hier zeigte er alle Zeichen eines Paralytikers und ward offenbar auch als solcher angesehen, zumal Syphilis früher feststand. Erbliche Belastung lag sicher vor, da eine Schwester geisteskrank war. Ob der Kranke Charaktereigentümlichkeiten, wie so häufig bei Paralytikern, hatte, wissen wir nicht. Ein Onkel wollte davon nichts wissen, kannte aber wahrscheinlich seinen Neffen doch nicht so genau wie die Angehörigen. Körperliche Entartungszeichen sind mehrfach vorhanden.

Bei der Aufnahme hier zeigten sich auch verschiedene körperliche und geistige Zeichen der Paralyse, doch waren die Pupillen gleich, die Reaktion auf Licht träg, die der Akkomodation gut, während in K. Pupillendifferenz bestand und reflektorische Pupillenstarre. Später trat wieder Pupillendifferenz auf, die aber wechselte. An der Sprache fiel zunächst nichts auf, da Pat. nur wenig redete. Er war leidlich orientiert, hatte auch Krankheitseinsicht und wußte vieles, was er in seiner tobsüchtigen Erregung in K. getan hatte. Größenideen äußerte er anfangs nicht, aber gleich von vornherein Gehörstäuschungen. Sehr bald aber offenbarte er Größenwahn, und zwar weniger bezüglich seines Vermögens, als vielmehr bezüglich seines Leibes und seines Geistes. Sein Urin sei ein göttlicher Saft, er selbst sei göttlich. Seine größenwahnsinnigen Konfabulationen wurden immer toller. Merkwürdig war sein délire de négation: er habe keinen Magen mehr. Er habe nur noch einen Rest von Blase, eine „kleine" Blase. Damit wollte er offenbar sein häufiges Nässen mit Urin entschuldigen. Weniger vielleicht auf originären Größenideen als auf Gefühlstäuschung beruhen seine Angaben, daß seine Organe ganz andere seien



als bei andern Menschen, daß seine Arme und Beine verlängert würden, daß er jetzt viel größer geworden sei, wie er das an seinen Kleidern merke. Diese Ideen der Negation und des Größerwerdens seines Körpers wurden jedoch nur selten geäußert. Da er im ganzen wenig sprach, läßt sich nicht sagen, ob sie sonst noch auftraten.

Fast von dem ersten Moment ab traten nun katatonische Erscheinungen von einer solchen Stärke, Vollständigkeit und Dauer auf, daß man allmählich immer mehr an der Diagnose: Paralyse irre wurde, trotzdem verschiedene Zeichen dafür immer noch plädierten. Diese Symptome der Dementia praecox catatonica währten fast bis zuletzt. Da war es die zunächst katatonische Starre, die viele Stunden, ja ganze Tage anhielt, um sich dann mit einem Male zu lösen und sehr bald darauf wieder einzutreten. Flexibilitas cerea wird nicht erwähnt. Die Glieder waren alle starr, der Körper, der Nacken und die Glieder leisteten beim Anfassen großen Widerstand. Nur einmal wurden auffällige Zuckungen im Gesichte bemerkt, was ja auch bei der Katatonie eintreten kann. Nie hatte Pat. sonst einen apoplektischen oder epileptoiden Anfall, nie eine Lähmung. Diese Starrheit der Muskeln zeigte sich ferner in einer Reihe von merkwürdigen, stereotypen Stellungen. So stand er oft stundenlang mit erhobenen Armen in Beterstellung da, oder lag nackt im Bette, krampfhaft die Arme ausgestreckt. Am merkwürdigsten waren jedoch die Stellungen als schwebender Engel im Bette, mit verzücktem Gesichte und dabei schwitzend. Wir haben es hier offenbar mit einer echten Ekstase zu tun, da sein Innenleben von Gehörshalluzinationen, vielleicht auch des Gesichtes, erfüllt war, wie er öfters sagte. Löste sich die Starrheit, dann rannte er wieder wie ein Besessener im Saale oder im Garten umher oder gar im Kreise, sicher ebenfalls infolge von Sinnestäuschungen. Pat. bot ferner ausgeprägten Mutazismus dar, der sich dann aber auch plötzlich löste, um wieder so plötzlich von neuem aufzutreten. Er gibt dafür zwei Erklärungen. Einmal darf er nicht sprechen, die Stimmen hätten es verboten, ein andermal sagte er sehr charakteristisch, er habe nichts herausbringen können, obwohl er gewollt hätte, es sei nicht gegangen, wobei er auf seinen Kehlkopf zeigte. Beide Erklärungen finden sich auch bei der echten Katatonie, nament-





lich die letztere, wie ich sie erst kürzlich von einem intelligenten Kranken mit periodischer Katatonie oder wahrscheinlich manisch-depressivem Irresein unter dem Bilde periodischer Katatonie hörte. Wie bei Katatonie sehen wir ferner unsern Patienten oft stundenlang dieselben Worte oder Sätze wiederholen, auch war die Sprache oft skandierend, andere Male freilich häsitierend. Echolalie oder Echopraxie wird dagegen nicht bemerkt. Ferner zeigte Pat. die plötzliche Gewalttätigkeit der Katatoniker, hier wie dort wohl meist auf imperativen Stimmen oder überhaupt unangenehmen Sinnestäuschungen beruhend. Ob etwa *Freud*sche Mechanismen hierfür, zum Teil wenigstens, verantwortlich zu machen sind, läßt sich wohl nie sicher wissenschaftlich aufzeigen, höchstens nur vermuten.

Das Zweite, was unsern Fall von Anfang bis zum Ende charakterisiert, war die wohl kaum je sistierende Halluzinose, die aber Schwankungen in der Stärke, Dauer und in den Elementen darbot und wohl für die meisten seiner merkwürdigen Handlungen verantwortlich zu machen ist. Diese Sinnestäuschungen waren anscheinend fast nur akustischer Art, angenehm und unangenehm. Darauf wiesen nicht nur die starre Blickrichtung des Kranken, sein Lispeln usw., sondern er sprach sich oft genug darüber klar aus. Auf Gefühlstäuschungen beruht wahrscheinlich der Umstand, daß der Kranke am liebsten sich nackt auszog oder mehr als leger sich kleidete, auch gern barfuß lief. Die Haut ward ihm wahrscheinlich subjektiv zu heiß, während diese objektiv nichts Abnormes darbot. Auf solchen Täuschungen beruht auch wohl sein nur zweimal erwähntes Onanieren. Nicht unmöglich ist es jedoch, daß es auf direkter zentraler Reizung oder auf veränderten organischen Gefühlen beruhte, wie vielleicht auch die Negationsgefühle und die Gefühle veränderter Größe des Körpers usw. Bei der so hartnäckigen Sitophobie und dem steten Auswählen der Speisen spielen dagegen wohl mehr imperative oder unangenehme Stimmen eine Rolle als etwa Geruchstäuschungen, für die sonst jeder Anhalt fehlt. Visionen scheinen nicht oder gewiß nur selten vorhanden gewesen zu sein.

Betrachten wir nun kurz die noch für Paralyse sprechenden Zeichen, so ward schon der wechselnden Pupillenverhältnisse oben gedacht. Auch bei Katatonie können solche Dinge vorkommen, wenngleich viel seltener. Dasselbe bezieht sich auch auf das Sprechen, das sehr verschieden ausfiel, aber doch, namentlich später, mehr minder





deutliches Häsitieren aufwies, wie es bei Katatonie nur ganz selten der Fall ist. Es bestanden ferner paralytische Schriftzüge. Auch die öfters bestehende Euphorie sprach mehr für Paralyse, ebenso der Größenwahn und das in der letzten Zeit einige Male eintretende Knirschen mit den Zähnen, endlich das einmalige Überhängen des Körpers nach einer Seite. Die Unreinlichkeit, die sehr oft bestand, braucht nicht oder wenigstens nicht allein auf Parese der Muskulatur zu beruhen, sondern kann durch innere Absorption, also Unaufmerksamkeit oder durch Stimmen veranlaßt werden, wofür sich bei unserem Kranken Anhaltspunkte finden, und die aus gleichen Gründen ebenfalls bei Katatonikern eintreten können. Die zeitweise beobachtete Erregung war meist durch Stimmen veranlaßt, wie wohl meist auch bei der Katatonie. Das Krankheitsgefühl endlich, das bei der Aufnahme vorhanden war, schwand später oder zeigte sich in anderer Form. Auch hier ist nichts für Paralyse Charakteristisches vorhanden.

Man wird gewiß zugeben, daß der Gesamtverlauf der Krankheit hier mehr für Katatonie als für Paralyse sprach, und daß die für letztere noch plädierenden Zeichen nicht eindeutig genug waren — dies bezieht sich auch auf die Größenideen —, um mit voller Sicherheit für Paralyse zu gelten, selbst trotz voraufgegangener Lues. Eine Blutuntersuchung würde hier keine sichere Entscheidung gebracht haben, außerdem wäre sie überflüssig gewesen, da Lues zugestanden war, eher die des Liquor. Dagegen ward die mikroskopische Untersuchung des Gehirns vorgenommen. Der makroskopische Befund war nicht sehr charakteristisch und ausschlaggebend. Um so mehr der mikroskopische, der namentlich die nach *Alzheimer* so charakteristischen Plasmazellen in den Gefäßscheiden der Hirnrinde zeigte. Die Diagnose: Paralyse steht also in unserem Falle so gut wie fest.

Wir wissen freilich, daß auch bei der gemeinen Paralyse zeitweise katatonische Zustandsbilder, sogar sehr ausgesprochener Art, vorkommen (*Wieg-Wickenthal* 57, S. 116), aber mehr nur kurze Zeit anhaltend, und bezüglich der Frauen bin ich wohl der Erste gewesen, der darauf hinwies (32). Es sind dies jedoch alles nur kurze Episoden[1]).

[1]) Ganz kürzlich habe ich bei einem Paralytiker, aber ohne bisher katatone Symptome bemerkt zu haben, mehrere Male Echolalie beobachtet, Nachsprechen aller Fragen, was ganz abnorm selten sein dürfte. Auch wiederholte er, kurz darauf, in einem Briefe mehrmals denselben Satz.





Auch zeigen sich bekanntlich nicht selten Sinnestäuschungen verschiedener Art, doch immerhin mehr vereinzelt und selten anhaltend. In unserem Falle aber sind die katatonischen und halluzinatorischen Phänomene fast anhaltend und sehr stark ausgeprägt, so daß alle andern Symptome dagegen in den Hintergrund treten. Unser Schwanken bezüglich der Diagnose war also wohl berechtigt. Bei der Seltenheit solcher Fälle ist dieser Fall genauer hier abgehandelt worden. Der von *Séglas* (48), vielleicht auch von *Trénel* (73) mitgeteilte Fall scheint ähnlich gewesen zu sein, während der von *Mattauschek* (66) sogar nie paralytische Zeichen dargeboten hatte. Auf Grund desselben halte ich es für angemessen, neben den bekannten Verlaufsweisen der Paralyse nach dem vorwiegenden Charakter, also neben der maniakalischen, depressiven, dementen usw. Form noch eine ausgesprochen katatonische aufzustellen, was bisher noch nicht geschah. Diese ist aber so außerordentlich selten, daß ich sie unter mehreren Hunderten von Paralytikern nur dies eine Mal sah, während kurzdauernde katatonische Zustände häufig genug sind. Neben dieser katatonischen Verlaufsweise der Paralyse könnte man aber auch eine katatonische atypische Paralyse unterscheiden (Fall *Séglas* 48).

Zum Schluß noch eine pathologisch-anatomische Bemerkung. *Obersteiner* verneint in seiner ausgezeichneten Bearbeitung der Sinnestäuschungen (41 S. 243), daß die dazu unbedingt erforderliche Disposition der kortikalen Sinneszentren auf einem Reizzustand im gewöhnlichen Wortsinne beruhen könne, aber ohne nachweisbare anatomische Störungen. Nun, unser Fall ist gerade ein klassischer für Halluzinose der schwersten Art, die sich fast allein auf akustischem Wege bewegte. Bei einem so langandauernden und so starken Symptome erscheint es mir durchaus nicht gewagt, hier auf dem Wege von der Peripherie bis zu den kortikalen Endstätten oder in den letzteren allein einen Reizzustand irgendwelcher Art, der sich aber als Hyperämie gegenüber den angrenzenden Teilen oder bei der langen Dauer und Hartnäckigkeit gar schon durch ganz bestimmte, unheilbare, organische Veränderungen kundgibt, anzunehmen. In der Tat sucht der Privatdozent in Leipzig, Dr. *Nießl von Mayendorf*, schon lange nach solchen organischen Veränderungen





bei chronischen Halluzinierenden aller Art und hofft, wohl mit Recht glaube ich, hier einmal Positives zu finden. A priori muß man also seinen Untersuchungen durchaus sympathisch gegenüberstehen, trotz der gegenteiligen Meinung *Obersteiners*.

2. Fall. K., Fabrikdrechsler, 1872 geboren, verheiratet seit Dezember 1899; zugeführt am 9. Januar 1904. Taubstumm. Erzogen im Taubstummeninstitute zu L., machte hier gute Fortschritte. Gedächtnis und Urteil sollen gut gewesen sein. Stets still für sich. Vater Trinker; zwei Geschwister des K. taubstumm, fünf andere hören gut. K. ward in der Fabrik viel geneckt, was ihn sehr ärgerte; stets fleißig. Ein Kind ist gestorben, so daß er jetzt kinderlos ist. Seit Anfang 1903 fiel ihm die Arbeit schwer, verdiente deshalb weniger, und es ging zu Hause knapper zu, worum er sich sehr sorgte. Stets solid, trank nie Alkohol, nie krank gewesen. Grübelte im Sommer 1903 viel. Schlug sich viel vor den Kopf, klagte, daß er taubstumm sei. Seit Anfang Dezember unruhig, wollte Licht haben, schwitzte des Nachts sehr viel und wollte nicht im Bette bleiben. Drängt fort ins Freie. Am Tage leidlich ruhig, nachts unruhig. Seit einiger Zeit starrt er manchmal unverwandt einen Gegenstand in der Stube an; dann Angst, Unruhe, Schweißausbruch. Er will entfliehen, wie wenn er sich fürchtete. Er horcht dabei an die Wand und fühlt nach Gegenständen, welche nicht da sind, zum Beispiel Dampfwagen, Motorwagen. Deshalb am 26. Dezember 1903 ins Krankenhaus zu W. Hier ähnliches Verhalten wie früher. Am Tage ruhig, nachts unruhig, klopft, pocht, schreit. Klagt, daß es ihm blau und rot vor den Augen sei. Hat das Hemd zerrissen, daraus eine Art Strick gemacht. Strohsack und Bett versuchte er zu zerstören. Sobald jemand da ist, ist er still; allein gelassen fängt er sofort an zu lärmen. Nachträglich ward bekannt, daß er im Sommer 1903 über ein dahinsausendes Automobil, das er erst nicht gesehen hatte, bei dem schnellen Hinüberlaufen sehr heftig erschrak. Fassunglos sei er nach Hause gerannt, habe geweint und war in Schweiß gebadet. Darauf führen die Angehörigen sein Leiden zurück. Körperlich erschien er nicht recht gesund (Lungenspitze!).

Weiterer Verlauf. Ziemlich schlank, nicht gut genährt, 52 kg schwer. Augen tiefliegend, rötliches Haar. Rechte Lungenspitze verdächtig. Kopf ohne Abnormität (? *Näcke*). Reflexe etwas erhöht, Schmerzempfindlichkeit anscheinend normal. Kann lesen, schreiben, das Gesprochene vom Munde ablesen, auch einzelne Worte einigermaßen aussprechen. Man kann sich mit ihm wegen seines Gebrechens schwer verständigen. Zeichensprache versteht er sehr gut, scheint sehr rasch aufzufassen und überhaupt relativ intelligent zu sein. Gut lenkbar, ruhig. Ißt gut. — 10. März 1904. Fast die ganze Nacht unruhig, agitierte mit den Händen, wie wenn er streiten wollte, und sprach dabei laut. Ließ sich nur für sehr kurze Zeit beruhigen. Bald warf er mit den Beinen die Decke



über den Kopf weg, dann stöberte er wieder im Bette herum und schrie. Nach Mitternacht schlug er mit den Händen auf die Bettdecke, so daß die Bettstelle krachte, stieß mit den Beinen, als ob ihn etwas stäche, hob sie hoch, schrie plötzlich laut auf, ohne daß man ihn verstehen konnte, und schlug um sich herum. Öfters stieg er aus dem Bette, sah nach der Uhr. So war er sehr störend und erregte den Unwillen seiner Mitkranken. In das Unruhigen-Haus versetzt. — 11. Januar lag er nachts ruhig, rieb sich nur viel am Kopfe. — 12. Januar. Schlief von 9 bis 2 Uhr nicht, warf sich viel im Bette herum, klopfte mit der Hand auf den Fußboden, stöhnte, warf das Kopfkissen beiseite, sprach Unverständliches. Nur das Wort „tot" war deutlich. — 13. Januar. Puls abends etwa 100, nach dem Auskleiden 120. Im Garten grüßte er mit dem Hute nach den Wolken hinauf. Auf eine diesbezügliche schriftliche Anfrage gab er keine Auskunft. In der vorigen Nacht meist unruhig, saß nackt im Bette, stand auf, stellte sich eine Zeitlang an den Bettrand, fuchtelte mit den Händen. Im Bett gab er den Armen alle möglichen Stellungen und blies über sie hinweg, als ob er etwas wegpusten wollte. — 14. Januar. Nachts kurz nach dem Schlafengehen stieß er klägliche, ängstliche Laute aus, die Augen tränten. Mitternachts anscheinend infolge von Visionen erregter, sprang aus dem Bett, schlug mit den Filzschuhen auf den Boden, sprang schnell seitlich, als ob er vor etwas ausweichen wollte, und schlug mit dem Kopfkissen um sich. Später sprang er schnell aus dem Bett, schüttelte sein Hemd aus und besah sich dasselbe genau bei Licht, stieß unverständliche Laute aus und ging ins Bett zurück. Nach Mitternacht saß er viel auf dem Bettrande, klopfte seine Filzschuhe auf der Diele aus und besah sich dieselben genau, als ob etwas darin sei. — 16. Januar. Letzte Nacht ruhig, die heutige unruhig. Verließ oft das Bett, sah sich ängstlich um, stieß Unverständliches aus und schlug mit dem Filzschuh nach einem halluzinierten Gegenstande. — 18. Januar. Auch am Tage ruhelos, steht immer schnell auf und läuft von einer Stube in die andere. Wenn er an der Wand sitzt, rückt er stets den Stuhl ein Stück davon ab. — 22. Januar. Gestern nacht mehrmals aufgesprungen, heute früh im Bett unruhig, wendet das Bettzeug, schlägt nach eingebildeten Gegenständen, legt sich mit dem Kopf an das Fußende usw. Ist sehr neugierig. Bemerkt er etwas Neues, so kommt er schnell hergelaufen und betrachtet es sehr genau. Wollte auch wissen, wohin die Straßen führen, die er vom Fenster aus sieht. Blieb weiterhin ziemlich unverändert; wollte nie arbeiten. Am Tage ruhig. Zum Essen muß er wiederholt aufgefordert werden, da er am Tische sitzt, als ob er läse. — 16. Februar. Sitzt immer an einer Stelle, kümmert sich nicht um die andern, spricht viel für sich, macht viele Handbewegungen, lacht auch manchmal. — 18. Februar. Manchmal sehr ängstliche Gebärden. Auf aufgeschriebene Fragen gibt er Alter und Geburtsort richtig an. Wo er her sei? Aus Ha. oder W., also falsch. Noch einmal danach gefragt, schreibt er: „Ich bin gesund". Datum? „10. Ja-



nuar." Warum hier? „Vergessen." Beruf? „Drechslergehilfe." — 23. Februar. Sehr eigensinnig. Kein anderer darf auf seinen Platz. — 3. März. Freute sich über einen Brief von zu Hause, ließ ihn aber niemanden sehen. Will nicht antworten. — 9. März. Heiterer, lacht viel für sich, die Heiterkeit hält einige Zeit an. Liest viel. — 30. März. Wollte sich früh nicht waschen, mußte deshalb gewaschen werden und dabei widerspenstig. Wieder viele Gestikulationen. — 2. April. Oft widerspenstig. Will abends Kleider nicht an den Rechen hängen, sondern packt sie ins Bett. Will öfter nicht in den Garten. Gibt auch Gegenstände, die er gerade hat, z. B. die Kleiderbürste, nicht wieder heraus. Gestikuliert, murmelt vor sich hin. Sonst freundlich. — 6. April. Sucht Zeitungen, Kalender, Bücher usw. zusammen und will sie nicht wieder herausgeben. Oft widerspenstig, droht dann auch im Zorne. — 10. April. Gestern und heut wenig gegessen. Läuft unter Gesten viel auf dem Korridor herum. Die nächtliche Unruhe, die Klagelaute, die Widerspenstigkeit hielten weiter an, ebenso die Gesten, bisweilen das Auflachen. Nahm auch oft den Mitkranken den Zucker weg. — 9. Mai. Ißt sehr wenig, stark abgemagert, hat 5 kg abgenommen. Die Sinnestäuschungen quälen ihn scheinbar viel, daher auch das lebhafte Gebärdenspiel. — 26. August. Entmündigungstermin. Zerstreut, zerfahren, träumerisch, beantwortete einige schriftliche Fragen mit dem Bleistifte richtig, z. B. daß er 31 Jahre alt sei, seine Frau Anna heiße, anderes ganz sinn- und zusammenhanglos. Allmählich freundlicher. — 9. Oktober. Besuch; nett. — 17. Oktober. Sehr heiter, lachte freundlich vor sich hin. Gestikulierte, als ob er Klavier spiele. — 1. Februar. Füllt im Garten die Taschen mit Laub und Schmutz, was er dann oben in das Abortrohr steckt. Sammelte auch in der nächsten Zeit alles zusammen, Holz, Papier, Nußschalen usw., und war widerspenstig beim Wegnehmen. — 15. Januar 1905. Gestern fast den ganzen Tag gebrochen. Ißt nicht, sehr matt, blaß, ohne Fieber. Eingebettet. — 16. Januar. Stand im kalten Schlafsaale öfter auf, zog sich nackt aus und legte sich so auf die Diele. Kommt in die Krankenstube. — 25. Januar. Auf den Lungenspitzen beiderseits Geräusche, abends bisweilen etwas Fieber. Ißt gut und sucht alle möglichen Eßwaren von Mitpatienten und Pflegern wegzunehmen. Bricht sogar (28. Januar), um in einen Tischkasten zu gelangen, die Tischplatte ab. — 29. Januar. Macht allerhand Dummheiten. Versuchte die Fensterhaken loszuschrauben, riß Blätter vom Abreißkalender ab, nahm einem Mitkranken das Brot weg usw., steckt ein, was und wo er es findet. Nimmt auch von den Pflegern. Sieht aber immer erst, ob es jemand bemerkt. — Diese Sammelwut und Stehlsucht hielten an, ebenso sein Unfug. So brach er am 13. Februar eine Hyazinthe am Stengel ab, stahl Nippsachen aus einer Station, trank andern den Kaffee weg, aß ihr Brot usw. Daher gab es oft Streit. — 22. März. Macht jetzt weniger Unfug, arbeitet auf Aufforderung etwas mit, steckt aber noch alles Mögliche ein. — 7. Juni. Sehr benommen, steht auf einer Stelle und nickt mit dem Kopfe. Muß zu allem



angehalten werden. Ißt schlecht. Augen häufig geschlossen, wie stuporös, und das hält an. Dazwischen Dummheiten, wie Losknöpfen der Hosen, Ausziehen der Schuhe, Hinlegen auf den Fußboden. — 30. Juni. Ißt schlecht, ganz stuporös, erbrach sich zweimal, etwas beschleunigter Puls, kein Fieber. Am nächsten Tage abends 38°. — 9. Juli. Ißt noch schlecht, schläft schlecht. Erwachte aus seinem Stupor. — 18. Juli. Sprang nachts mehrmals aus dem Bett und sah unter dasselbe. Ißt wieder gut. — 20. Juli. Aufgestanden. Ruhig, still, zeitweise etwas unstet, aber nicht störend, was einige Zeit anhielt. — 3. August das Bett genäßt. — 9. August. Hat eine ganze Reihe von Papierdüten voll Steine gesammelt, fand ein altes Lampengestell, nahm es und spielte daran herum, unter Gesten. — 10. August. Nachmittags plötzlich erregt, sprang auf, lief umher, schlug sich mit den Fäusten ins Gesicht, schlug den Kopf auf die Tischtafel und schrie dabei sehr laut. Bald aber ruhig. — 17. August. Vor dem Schlafengehen plötzlich erregt, schlug mit den Fäusten auf den Tisch, lief erregt auf und ab, schlug sich auch ins Gesicht. — 24. August. Steht oft starr auf einer Stelle. — 4. September. Mittags ein Wutanfall, schlug mit den Fäusten auf den Tisch, schlug sich selbst, lief herum usw. — 10. September. Stand an der Heizverkleidung. Plötzlich stieß er heftig mit dem Fuß unter sie und schlug sich dann, unartikulierte Laute äußernd, ins Gesicht. — 11. September. Tags nirgends Ruhe, band sich das Taschentuch um die Ohren, gestikulierte, lachte. Letzte Nacht öfter herumgelaufen. — 20. September. Sehr erregt, schlug um sich, stampfte mit den Füßen; unartikulierte Laute. — 23. September. Wieder ganz rasend. Warf Stühle um, zerriß sein Jacket, schlug sich ins Gesicht. — 25. September. Dasselbe Verhalten. Zog sich immer an und aus, zerriß die Hosen. — 30. September. Wutanfall, sprang an der Wand hinauf. Schlug sich. Diese Erregung mehr minder anhaltend. — 15. Nov. Schlug Purzelbäume. — 19. Nov. Letzte Nacht Unartikuliertes geschrien, wühlte in seinem Strohsack. Am Tage viele Faxen. — 21. Nov. Stampfte mit den Füßen, kniet vor einem Schrank nieder und betet. — 3. Dezember. Besuch vom taubstummen Schwager, wollte nicht viel von ihm wissen. — 6. Januar 1906. Besuch von Angehörigen. Nett. — 12. Januar. Zeigt große Unruhe, zittert am ganzen Körper. — 24. Januar. Stark erregt, zog sich nackend aus. — 5. Februar. Maust, allerhand Dummheiten. — 6. Februar. Wutanfall. Zog Schuhe aus und schlug damit tüchtig auf den Fußboden. — 13. Februar. Verunreinigt sich jetzt manchmal mit Urin. — 14. Februar. Maust das ausgeteilte Essen. Sammelt schnell alle erreichbaren Wurststücke von den Tellern. — 17. Februar. Erregt, zitterte an allen Gliedern. Allerhand Dummheiten, maust Essen, steckt Wischtücher ein usw., ließ den Urin gleich im Korridor laufen, wie auch öfter noch. Nirgends hatte er mehr Ruhe, warf die Türen heftig zu, ebenso die Fenster. Das geht so fort. — 2. März. Trotz Ausspülung nachmittags mit Kot unrein. Am nächsten Tage wollte er die Lampe herunterreißen. — 19. März. Zeitweise noch unrein. Wird ruhiger, stumpfer, benommen. Näßt oft die Hosen. — 2. April. Sehr

unrein, maust, was er erwischen kann, greift andern ins Essen, reißt viel an den Kleidern herum. — 27. April. Über und über voll Kot. — 29. April. Fiel beim Kaffeetrinken plötzlich in der Stube um. Der Pfleger dachte an ein Verschlucken, fuhr mit dem Finger sofort in den Schlund, der aber leer war. Er war tot.

Sektion am 30. April nachmittags ½3 Uhr. Mäßig kräftig, 162 cm, wenig Fett. Schädeldach dick, asymmetrisch, mit mehreren dünnen Stellen. Blutleiter mit dunkelflüssigem Blute gefüllt. Dura verschiedentlich mit Calva verwachsen, glänzend, feucht, mit reichlichen Blutgefäßen. Pia zart, durchscheinend, jedoch über den Schläfelappen graublau, milchig getrübt. Blutgefäße ohne Abnormitäten. Ventrikel reichlich mit Flüssigkeit gefüllt, überall deutlich granuliert. Nur die Ventrikel geöffnet wegen der mikroskopischen Untersuchung. Hirngewicht 1190 g. Pleurahöhlen leer, links eine Verwachsung. Herz normal. Koronargefäße zart, ebenso Klappen. An der linken Lungenspitze mehrere narbige Einziehungen, sonst nichts Abnormes, auch nicht rechts. Nieren haben an der Oberfläche mehrere Zysten. Die rechte Niere größer als die linke. Die übrigen Organe gesund. Im Magen viel halbverdaute frische Speise, außerdem ein Stück blaues Schürzenband.

Mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde nach *Nissl* und *Weigert* durch Herrn Dr. *Dost* in Hubertusburg. „Reihenbildung der Pyramidenzellen gestört. Deutliche Verzerrung, Ausfall an manchen Stellen. Kapillarenvermehrung. Starke Infiltration der Gefäße. Im adventitiellen Lymphraume zahlreiche Plasmazellen, einige Lymphozyten. Endothel- und Adventitialzellen zeigen teils gewucherten Leib, große Kernkörperchen, Zellteilung, teils Schrumpfung, Pigmentansammlung, Vakuolenbildung. Die Elastika ist gespalten, geschlängelt. Um die gewucherten Endothelien oft neue Maschen gebildet. Maschen von ungleicher Größe. Viel Stäbchenzellen im Gewebe. Gliazellen vermehrt, gewuchert. Gliarandzone verstärkt. Dicke Gliafasergefäßscheiden. Ganglienzellen zeigen körnigen Zerfall, wabige Degeneration, Sklerose, Vakuolen. Markfasern besonders in der Tangentialschicht des Stirnhirns teilweise gelichtet. Pia: zahlreiche Plasmazellen, Lymphozyten und einzelne Mastzellen frei im Gewebe und vereinzelte Plasmazellen im adventitiellen Raume. Die Endothelien und Adventitialzellen der Gefäße zeigen Wucherung und regressive Veränderungen. Diagnose: Progressive Paralyse."

Wir haben es also mit einem Taubstummen zu tun, von dem wir aber nicht erfahren, ob er angeboren oder erworben taubstumm war. Nach *Schwabach* (50) ist die Zahl der letzteren etwas größer als der ersteren. Da von Kinderkrankheiten, namentlich Scharlach, Masern, Typhus in unserem Falle nichts erwähnt wird, liegt die Annahme nahe, daß der Zustand angeboren war. Ebensowenig wird



schwerer Ohrenleiden oder Meningitis, Zerebrospinalmeningitis Erwähnung getan [1]). Die bei der Sektion gefundene Meningitis ist wohl sicher nicht auf eine im Kindesalter abgelaufene zu beziehen. Grobe makroskopische Entwicklungsstörungen am Gehirn und an den Hirnnerven, die ja auch bisweilen das Leiden bedingen, fehlen. Wir erfahren auch nicht, ob die Taubstummheit eine vollständige oder nur partielle war. In den leichteren Fällen kann hier nur ein Spezialist entscheiden, und deshalb können wir auch nicht sicher sagen, ob Pat. nur partiell taubstumm war. Für den bloßen Eindruck war er es nicht. *Tanzi* (53 S. 228) macht ferner mit Recht darauf aufmerksam, daß, wenn schwere Fälle von partieller Taubstummheit leicht mit totaler verwechselt werden könnten, leichte irrtümlich wieder mit Imbezillität oder mindestens mit angeborener motorischer Aphasie. Auch kann dies leicht mit der sensorischen Aphasie (surdite verbale, *Vigoureux* 54) geschehen. Taubstummheit kann aber auch andererseits nach *Righetti* (*Tanzi* S. 228) durch Erkrankung des peripheren Acusticus nach infantiler Otitis vorgetäuscht werden, indem nur Alalie besteht, aber ohne Taubheit und ohne bemerkbaren Intelligenzdefekt. Nach *Urbantschitsch* und andern (*Tanzi* S. 228) haben Taubstumme überhaupt noch etwa zur Hälfte Spuren von Gehör. Jedenfalls ist unser Fall bezüglich Genese, Art und Vollständigkeit der Taubstummheit zunächst ebensowenig sicher aufgeklärt wie wohl die meisten andern Fälle, die nicht von Ohrenärzten speziell beschrieben oder untersucht wurden. Aber auch bezüglich des Umfanges des Intellekts unseres Taubstummen sind wir ungenügend unterrichtet. Wir erfahren nur, daß das Gedächtnis und Urteil gut gewesen sein sollen, ebenso seine Fortschritte im Taubstummeninstitute. Hier muß man immer etwas skeptisch sein und zwischen relativ und absolut gut strenger unterscheiden. Sicher ist bekanntlich das Gros der Taubstummen, soweit sie näher psychiatrisch

[1]) *Meyer* (65) beschreibt einen geisteskranken Taubstummen mit spinaler Kinderlähmung, durch meningoenzephalitische Herde in beiden Schläfelappen nach zerebraler Störung bei Poliomyelitis acuta. Diese Herde hatten die Taubstummheit gesetzt, und die Geisteskrankheit war wahrscheinlich durch die allgemeine Enzephalitis entstanden, die in ganz leichtem Grade, wie neuere schwedische Untersuchungen zeigten, nie bei der Poliomyelitis acuta spinalis ganz fehlen.

und psychologisch untersucht werden konnten, geistig minderwertig und leicht imbezill, was nicht hindert, daß sie ein Handwerk gut lernen und betreiben, heiraten und selbst eine Familie ernähren können. Unser Kranker war ein geschickter Drechsler. Der Umstand, daß sein geistiges Inventar beim Entmündigungtermin sehr mager zu sein schien, spricht wohl kaum für eine normale Geistesentwicklung. Interessant sind seine Erblichkeitverhältnisse. Der Vater war Trinker, wie so oft. Direkte Erblichkeit der Taubstummheit lag aber nicht vor, wie sie ja auch nach *Schwabach* (49) abnorm selten ist, während die indirekte sehr häufig auftritt. In der Tat sind zwei Geschwister des Kranken taubstumm, fünf andere dagegen nicht. Elterliche Blutsverwandtschaft wird nicht erwähnt. Vielleicht hat das Potatorium des Vaters mit der Taubstummheit der zwei Kinder etwas zu tun. Wer will das aber sicher sagen? Von charakterologischen Daten erfahren wir nur, daß Pat. stets für sich, immer fleißig und solid war, aber viel in der Fabrik geneckt wurde, was ihn sehr ärgerte. Von Syphilis wird in den Akten nichts erwähnt. Während der Krankheit zeigte er sich eigensinnig, mißtrauisch und neugierig, alles Züge, die wohl der Psychologie der Taubstummen eignen und gewiß schon vorher bestanden, wenn auch vielleicht noch nicht so entwickelt.

Wir erfahren weiter, daß die Arbeit ihm schwerer fiel, er anfing zu grübeln, schlecht schlief, ängstlich wurde, fortdrängte, was seine Internierung veranlaßte. Die ganze Krankheit dauerte von den ersten Anfängen an etwa 3¼ Jahre. Das ganze Bild wird von einer starken Halluzinose beherrscht. Das Nähere hierüber ließ sich leider nicht feststellen, da Pat. ja meist nur inartikulierte Töne von sich gab, oder wenn er zu sprechen schien, es in der undeutlichen Weise der Taubstummen geschah. Zum Schreiben war er so gut wie nie zu bewegen, und leider verstanden weder Arzt noch Pfleger noch Mitkranke seine Zeichensprache. So war man also auf das bloße Gebahren des Kranken angewiesen. Es müssen vor allem Visionen gewesen sein, die ihn aufregten. Er starrte auf einen gewissen Punkt, horchte, pochte an die Wand, machte pustende Bewegungen, schüttelte und besah sich genau die Schuhe, schlug damit nach eingebildeten Gegenständen oder Personen, stieß mit den Beinen wie fremde Gegenstände usw. fort, und anderes. Freilich lassen sich bei diesen Handlungen Gehörtäuschungen nicht ausschließen. Jedenfalls irritierten ihn



diese Sinnestäuschungen sehr, daher der rasche Stimmungswechsel, wobei das Ängstliche, Erregte überwog. Bei angenehmen Vorgaukelungen oder Gehörstäuschungen machte Pat. ein zufriedenes Gesicht oder lachte gar, doch läßt sich die zeitweise beobachtete neutrale oder sogar positive Stimmungslage auch sehr wohl durch Nachlassen oder Aufhören der Sinnestäuschungen, die ja meist unangenehmer Art waren, erklären. Bisweilen steigerte sich die ängstliche Erregung bis zum schwersten Angstaffekt oder zum Wutanfall mit Schreien, Zerreißen, Zerschlagen von Gegenständen, Aufschlagen mit den Fäusten oder Sich-selbst-schlagen usw. Die schlechten, unruhigen Nächte sind sehr wahrscheinlich auf unangenehme Sinnestäuschungen, vielleicht auch taktiler Art, zurückzuführen. Sehr bald nach der Aufnahme in hiesige Anstalt zeigte Pat. eine ausgeprägte Sammel- und Stehlsucht mit schon läppischem Anstriche. Auch hier gab es Zeiten, wo es weniger geschah. Einmal war er nur einige Zeit stark benommen, sonst immer mobil. Krankheiteinsicht fehlte nach der Aufzeichnung im Entmündigungstermin, die örtliche und die zeitliche Orientierung waren mangelhaft. Eigentliche Symptome für Paralyse bot der Kranke weder körperlich noch geistig dar. Wenn in der letzten Zeit offenbar Äußerungen von zunehmender Demenz sich zeigten — läppischer Stehl- und Sammeltrieb, allerhand Kindereien —, so konnte das auf Konto der langen Dauer des schweren halluzinatorischen Zustandes gesetzt werden, ebenso die hie und da zuletzt eingetretene Unreinlichkeit. Euphorie bestand eigentlich wohl nie; die paar Schriftzüge, die man von ihm erlangte, zeigten nichts Abnormes, und bezüglich etwa vorhandener Wahnideen ließ sich nichts aussagen, jedenfalls können das kaum Größenideen gewesen sein. Die Sammelsucht läßt sich anderweit erklären. Der Tod trat plötzlich ein, ohne daß die Sektion zunächst eine Aufklärung brachte. Die Sektion konnte bezüglich des Gehirns nur unvollkommen geschehen, da dies Organ zur mikroskopischen Untersuchung asserviert werden sollte.. Auffallend ist das geringe Gehirn von 1190 g, selbst bei einem eher kleinen Manne von 162 cm Größe. Damit läßt sich eine tadellose Funktionierung seltener vereinigen. Grob paralytische Veränderungen zeigten sich bis auf die stark granulierten und vielleicht erweiterten Ventrikel nicht, und auch diese Zeichen sind noch lange nicht eindeutig. Die Pia wird als zart und nur über den Schläfelappen





milchig getrübt angegeben. Die mikroskopische Untersuchung dagegen ergab die typischen *Alzheimer*schen Befunde bei Paralyse. Der makroskopische Befund war also viel weniger charakteristisch, doch erinnere ich daran, daß, wie ich nachwies, nicht bloß im Laufe der letzten Zeiten die grobanatomischen Befunde am Gehirn bei Paralyse sich nicht unwesentlich verändert haben, so daß z. B. Hämatome der Dura jetzt nur selten zu sehen sind, ebensowenig starke Atrophie des Markes, oft auch der Rinde (*Näcke* 33), sondern auch das klinische Bild sich ziemlich stark verschob und namentlich die dementielle Form immer mehr zunimmt (*Näcke* 34), wie auch von den meisten Autoren jetzt angenommen wird.

Hatten wir also in vivo die Diagnose Halluzinose gestellt, so zeigte sich dieselbe durch die mikroskopische Untersuchung als eine Fehldiagnose, und wir mußten sie in Paralyse umändern. Ich glaube aber wohl, daß die meisten in diesem Falle dem gleichen Fehler verfallen wären, da paralytische Symptome scheinbar ganz fehlten und von Lues nichts verzeichnet ist. Dieser Fall dürfte wie der erste einzig in seiner Art sein, wenigstens soweit er durch mikroskopische oder serologische Untersuchung klargelegt ist. Glaubten wir nun auf Grund unseres ersten Falles eine katatonische Verlaufsweise der Paralyse aufstellen zu können, so wird es wohl gestattet sein, in dem vorliegenden von einer mehr oder minder rein halluzinatorischen atypischen Form der Paralyse zu sprechen, der eine halluzinatorische Verlaufsform der Paralyse (also mit Vorwiegen halluzinatorischer Symptome) gegenüberzustellen wäre.

Hier möchte ich noch gleich einige Worte über Taubstummenpsychosen usw. anschließen. Es ist auffallend, daß die gangbaren Lehrbücher hierüber so gut wie ganz schweigen. Ich finde nur bei *Clouston* (6 S. 294) bemerkt, daß dieser Zustand der Idiotie sehr verwandt (closely allied to idiocy) und Irrsinn hier viel häufiger ist als sonst. Auch *Tanzi* (l. c. S. 107) meint, daß die Taubstummheit oft einen geeigneten Boden für Irrsinn abgäbe und nicht selten Taubstumme mehr oder weniger imbezill seien. Die einzige zahlenmäßige Notiz, welche ich fand, ist bei *Donaldson* (12) enthalten, der angibt, daß der 15. Zensus der Vereinigten Staaten von Nordamerika bezüglich der Blind-Taubstummen deren Zahl auf 256 angab; davon waren zu-



gleich idiotisch 217, oder geisteskrank 30. Bei bloßen Taubstummen dürfte das Verhältnis sicher günstiger liegen, da zweifellos die Blind-Taubstummheit, welche sowohl angeboren als auch wahrscheinlich häufiger früh erworben vorkommt, eine höhere Schädigung des Gehirns bedeutet als bloße Taubstummheit. Nach *Kluge* (25) sind in der Literatur etwa 60 Blind-Taubstumme (eventuell mit dreifachem Mangel von Sinnesorganen) genauer beschrieben. Darunter sind die berühmtesten Fälle die der Helen Keller (*Kluge* l. c.) und der Laura Bridgman. Über letztere liegt eine genaue klinische und gehirnanatomische Studie vor von *Donaldson* (12, 13), geradezu eine klassische Untersuchung. Von bloß Taubstummen sind, soviel ich weiß, erst in neuester Zeit einige genauere Gehirnuntersuchungen gemacht worden. Jedenfalls wissen wir zurzeit weder, wie hoch der Prozentsatz der Irrsinnigen unter den Taubstummen wirklich ist, noch welche Formen hier am häufigsten vorkommen. Eo ipso muß man wohl annehmen, daß durch den angeborenen, aber auch durch den erst erworbenen Zustand die Gehirnentwicklung mangelhafter sein muß als normal, somit vor allem Imbezillität am häufigsten sein wird, was gewiß auch der Meinung der meisten Autoren entspricht. Die Zahl der Taubstummen überhaupt ist bekannt. *Schwabach* (50) berichtet, daß nach *Mayr* auf 10 000 Personen 7,7, nach *Mygindt* 7,9 Taubstumme kommen. Wir begreifen also, daß bei dieser Seltenheit der Taubstummheit geisteskranke usw. Taubstumme immerhin rarissimae aves in den Anstalten sind. Ich habe nur einige Fälle selbst gesehen, mehr natürlich unter den Idioten, bei denen es sich jedoch meist um psychische Taubstummheit handeln wird, selten allein um Alalie oder um angeborene oder erworbene Störungen in den Gehörapparaten. Da nur die wenigsten Ärzte von der Zeichensprache etwas verstehen, die mühsam erlernte Taubstummensprache selbst sehr oft für Fremde schwer verständlich ist, so ist man meist nur auf das Benehmen der Kranken angewiesen. Wenn schriftliche Äußerungen vorliegen, geht es noch. Wo es einem sehr darauf ankommt, in die Psyche des Kranken tiefer einzudringen, wird man eines Taubstummenlehrers nicht entraten können, und das geht in der Provinz leider nicht gut an. So kommt es denn, daß wir, soviel mir wenigstens bekannt ist, über die Psychosen bei Taubstummen keine



eigenen Arbeiten besitzen, wohl aber über die Halluzinationen, z. B. von *Cramer*, auch von *Richard* (46). Vor Jahren las ich hierbezüglich eine geradezu klassische Arbeit eines spanischen Irrenarztes in einer französischen Fachzeitschrift, bin aber leider nicht mehr imstande, dieselbe hier anzuführen. Jedenfalls dürfte ein taubstummer Paralytiker wohl eine sehr große Seltenheit sein. Ich kann mich auf keinen solchen Kranken aus der Literatur besinnen. Schon deshalb ist unser Fall so bemerkenswert, ganz abgesehen von der speziellen Verlaufsweise. Schon der Umstand, daß die Taubstummen meist ganz abseits von der Welt leben, dürfte sie vor Exzessen in Baccho oder Venere sehr abhalten, also auch weniger leicht einer luischen Infektion aussetzen. Etwas häufiger als in den rein psychiatrischen Lehrbüchern ist in denen der gerichtlichen Psychiatrie von Taubstummheit die Rede, und alle betonen mehr minder die Schwierigkeit der Beurteilung und die absolute Notwendigkeit, einen Taubstummenlehrer als Sachverständigen — natürlich nur als Dolmetsch — heranzuziehen. *Cramer* (8 S. 64) meint, daß häufig Idioten und Epileptische mit verbrecherischen Umtrieben unter ihnen vorkämen. Wichtig ist seine Bemerkung, daraus, daß ein Taubstummer gut auf der Taubstummenschule gelernt hat, sei noch nicht ohne weiteres der Schluß zu ziehen, daß er nicht in seiner geistigen Entwicklung zurückgeblieben oder sonst geisteskrank sei. Er nimmt aber sicher mit Recht an, daß es auch geistig hochstehende Taubstumme gebe. Das zeigen ja allein schon solche wie Helen Keller und Laura Bridgman. Deshalb ist es gewiß zu weit gegangen, wenn *v. Krafft-Ebing* (26 S. 60) sagt: „... Nie aber ist es dem besten Unterricht gelungen, den Taubstummen zur geistigen Höhe des Vollsinnigen zu erheben. ...“ Andererseits geht der Schulrat Schwarz (*Kornfeld* 64) viel zu weit in der Behauptung, auch der ungebildete Taubstumme mit normalen Geistesanlagen könne sich intellektuell und moralisch ebenso hoch entwickeln wie der Vollsinnige, wenn auch später. Das dürfte nur ausnahmweise möglich sein. Auch verlangt *v. Krafft-Ebing* in jedem Falle der Anschuldigung eine psychiatrische Expertise. Er geht jedoch wohl wieder zu weit, wenn er sagt, selbst im günstigsten Falle müsse die Taubstummheit als solche einen gewichtigen Milderungsgrund abgeben. Ich kann mir sehr wohl gewisse Fälle denken, wo die volle

Zurechnungfähigkeit ruhig auszusprechen wäre, z. B. bei einer Helen Keller. *v. Krafft-Ebing* hält die Angaben durch Zeichensprache für unsicher, trügerisch. Damit mag er recht haben. Ja, ich frage mich sogar, ob man bei Ungebildeten, selbst wenn sie die Lautsprache erlernt haben, wirklich absolut sicher den Grad ihrer Zurechnungfähigkeit wird feststellen können. Deshalb empfiehlt es sich, hier wohl immer in dubio pro reo zu entscheiden. Bei gebildeten Taubstummen aber wird man ein besseres Urteil fällen können.

Bei unserem Kranken wird von den Angehörigen der eigentliche Beginn des seelischen Leidens auf einen schweren Schreck zurückgeführt, und es ist wohl möglich, daß dieser die Krankheit mindestens beschleunigt hat, die vorher also schon in leisen Anfängen sich bemerkbar gemacht hätte. So kann Schreck gewiß auch einmal die Paralyse beschleunigen, ob — bei angeborener Disposition dazu, die ich bei den meisten Fällen postuliere — auch alleinige Gelegenheitursache sein, ist noch strittig, aber immerhin möglich, da er sehr wohl eine für das Gehirn gefährliche Autointoxikation setzen könnte, eher natürlich, wenn weitere debilitierende Momente: Syphilis, Trauma, Alkohol usw. voraufgingen oder folgten. Eine wichtige soziale Notiz gibt endlich noch *Clouston* (l. c). Er hält es mit Recht für eine Sünde, Ehen von Taubstummen zuzulassen, da ihre Nachkommen nur zu leicht minderwertig oder taubstumm werden könnten. Und gerade solche Personen heiraten gern, doch scheint mir die Kinderzahl solcher Ehen geringer zu sein als normal. Am gefährlichsten ist es natürlich, wenn beide Eltern taubstumm sind, was gar nicht so selten. Bekannt ist ferner, daß in Ehen von Minderwertigen, besonders von Blutsverwandten, Taubstumme nicht allzu selten sind. Wie speziell die Vita sexualis sich bei ihnen verhält, wissen wir nicht. Die Taubstummheit wäre meines Erachtens einer der Fälle, wo die Kastration aus sozialen Gründen (*Näcke* 37) eintreten müßte, da unter allen Umständen die Nachkommen mehr oder minder gefährdet sind und die Rasse mit verschlechtern helfen.

3. Fall. G., Schuhmacher, jetzt Markthelfer, 1870 geboren, verheiratet; 2 Kinder leben, 3 sind tot Angeblich erblich nicht belastet, körperlich und geistig normal veranlagt. Seit 1896 verheiratet. Zugesandt am 23. März 1906. Bis vor 10 Monaten keine deutlichen psychisch-abnormen Symptome. Nach Aussage der Frau soll Pat. in früheren Jahren viel Bier getrunken haben. Vor 3 Jahren ein Sturz, indem er beim Ver-



laden auf dem Bahnhofe mit dem Kopf auf das Bahngleis fiel. Dabei entstand eine Wunde am Kopf und am Schienbein. Seine Frau will bemerkt haben, daß er seitdem immer verdrießlicher ward. Vor 2½ Jahren Operation am Ohr, anscheinend wegen Entzündung des Proc. mastoideus. Am 19. Mai 1905 zum ersten Male in das M.sche Stadtkrankenhaus, weil er nach Angabe der Frau zunehmende Geistesbeschränkung zeigte. Er klagte über starke Schmerzen auf der Brust und im Kehlkopfe. Er schien geistig sehr beschränkt, antwortete nicht oder langsam. Pupillen reagierten, Kniereflexe da. Verblödete immer mehr. Zeitweise zog er sich immer an und aus, legte sich ins Bett, stand wieder auf usw. Dies soll er schon zu Hause vor Fremden so gemacht haben. Aß sehr wenig. Am 21. Juni 1905 nach Hause entlassen, kam er am 19. August wieder zurück, da er noch verblödeter geworden war. Jetzt zeigte er Vorliebe, sich völlig zu entkleiden, täglich sein Hemd zu zerreißen und die Kleidungstücke ins Kloset zu stopfen, ward drohend und hätte leicht gefährlich werden können. Der Krankenhausarzt stellte die Diagnose: Paralyse. Es bestanden Euphorie, keine Klagen mehr über Schmerzen, spricht nur sehr wenig und dann sinnlos. Gedächtnis und Wille geschwunden. Verunreinigt und beschmiert sich mit Kot und Urin. Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt. Schläft sehr viel, manchmal singt er Unverständliches. Keine körperlichen Zeichen von Paralyse. Ernährung und Gesundheit gut. Manchmal brüllte er nachts laut und störte so Mitkranke.

Weiterer Verlauf. Bei seinem Eintreffen hier erregt, nestelt und hantiert immer mit den Fingern und Händen, steht oft auf, wirtschaftet umher, schwatzt Unverständliches vor sich hin. Nichts aus ihm herauszubringen als sein Name, sonst nur unverständliche Laute. Befolgt manchmal für kurze Zeit das, was man ihm sagt, z. B. sich in das Bett zu legen oder aufzustehen. Seine Unruhe und sein Widerstreben sind aber so groß, daß eine regelrechte Untersuchung unmöglich ist. Stimmung scheint eine unruhige, leicht ängstliche zu sein. Aussehen blöde, blaß, eingefallene Wangen, umränderte Augen. Mußte ins Unruhigen-Haus kommen. — 24. März. Zweimal ganz mit Kot unrein, immer unruhig, verweigerte Frühstück und Kaffee. Stand lange am Fenster, die Hände gefaltet und Unverständliches schwatzend. Nachts störend, stand viel am Fenster und rief Unverständliches hinaus. — 25. März. Schlief viel am Tage, sonst erregt, aß leidlich. — 26. März. Mehr im Bette, ruhiger, immer mit den Händen herumnestelnd. — 27. März. Tag und Nacht laut, ist nicht zu verstehen. Abends separiert. — 29. März. Ißt abwechselnd, immer laut, wirft das Bettzeug umher, nestelt mit den Händen, faltet sie auch oft und spricht unverständlich. — 4. April. Immer abwechselnd laut und dann ruhiger; ißt jetzt besser, schläft oft lange. Puls jetzt kräftiger, etwa 65. — 6. April. Steht stets bei der Fensterbank, für sich schwatzend. Abends muß er fast immer separiert werden. Ist auch am Tage oft sehr laut und unsauber. Doch am Tage immer noch ruhiger als nachts. — 22. April. Man



kann ihn nicht sprechen; meist lächelt er blöde, bringt höchstens einmal einige verständliche, abgerissene Worte vor. Auf die Frage des Arztes, wer er (der Arzt) sei, lächelte er blöde, streichelte ihm das Kinn und sprach Unverständliches. Einfache Aufforderungen befolgt er. Er war bisher nicht genauer zu untersuchen. Er ist etwas kräftiger geworden, geht in den Garten, ist aber sehr unsicher auf den Beinen. Puls jetzt besser. Ißt regelmäßig. Stimmung am Tage meist blöd, zufrieden, gegen Abend mehr ängstlich, erregt. — 23. April. Pupillen reagieren auch bei Einfall von Sonnenlicht nicht. Patellarreflexe gesteigert. — 28. April. Untersuchung heut möglich, trotz großer Hinfälligkeit. Mittelgroß, schwach entwickelte Muskeln und Knochen, fettarm. Puls 96, gleichmäßig, mittelstark. Herz und Lungen gesund. Keine Dermographie, Erregbarkeit der Pectorales nicht erhöht, wohl aber an den Armmuskeln. Brust gut gebaut. Abdominal-, Skrotalreflexe nicht erhöht, ebensowenig die Muskelerregbarkeit an den Beinen, oder die Plantar- wie Achillessehnenreflexe, wohl aber Patellarreflex erhöht. Kein Romberg, leichtes Zittern an Zunge und Fingern. 161,7 cm lang, Armbreite 173 cm. Kopf: Länge 17,5, Breite 15,2, Schräge 24 cm; Gesichtsbreite 14,5 cm. Umfang des Kopfes 53,4, Ohrhöhe 34,5, vordere Sagittalis 15,5, hintere 14,5 cm. Schädel mesozephal, sehr breit, wenig gewölbt, Seitenhöcker wenig fühlbar. Haar dunkelbraun, vorn mit starker Schnebbe. Stirn niedrig, sehr breit, asymmetrisch, Stirnhöcker deutlich, dagegen nicht die Arcus supraciliares. Beginn von Atherom an den Schläfenarterien. Augenbrauen werden in der Mitte in die Höhe gezogen, Stirn in Querfalten gelegt. Pupillen gleich, mittelweit, reagieren auf Licht langsam, auf Konvergenz nicht zu prüfen. Augenspalten sehr breit, Ohren stark abstehend. Helix wenig eingerollt, Ohrläppchen angewachsen. Gesicht breit, asymmetrisch; die rechte Hälfte breiter als die linke. Jochbogen stark vorstehend. Oberkiefer atrophisch. Nase klein. Nasolabialfalten so gut wie verstrichen. Mund halb geöffnet, ängstliches Atmen, starkwulstige Unterlippe. Gaumen breit, ziemlich flach, Pharynxreflex da. Zähne meist vorhanden. Die Vorderzähne unten bilden fast eine Gerade, oben etwas gewölbter. Die oberen mittleren Schneidezähne gerieft und scharf, die äußeren klein und schief, noch schiefer stehen die Eckzähne. Schneidezähne unten etwas kleiner, abgeschliffen. Incisura progeneia tief. Atmen oberflächlich, unregelmäßig. Viel Zitterbewegungen, auch solche mit dem Kopfe. Hände und Füße zyanotisch. Zunge mäßig breit, stark rissig. Spricht sehr pappig, verwaschen. (Wie alt?) Ich weiß nicht; (wo geboren?) nee; (wo sind Sie?) hier; (kennen Sie mich?) Doktor (streichelt ihn); (wer ist der Pfleger?) gibt diesem die Hand; (sind Sie krank?) nee; (verheiratet?) ich weeß nicht; (Kinder?) ich weeß nicht); (5+3?) murmelt etwas. — 1. Mai. Mittags erregt, wollte auf das Fensterbrett klettern. Im Garten fiel er nachmittags plötzlich von der Bank, konnte nicht gehen. Eingebettet. Zeigt dann krampfartiges Zu-

sammenziehen, Zähneknirschen, geschlossene Augen. Bewußtlos bei der Untersuchung, Puls schwach und beschleunigt. Stertoröses Atmen, abends 39,5 ° C. — 2. Mai. Abends 8³/₄ Uhr Exitus letalis, ohne das Bewußtsein erlangt zu haben.

Sektion etwa 14 Stunden p. m. Klinische Diagnose: Traumatische Psychose. Anatomische Hauptdiagnose: Hirnödem. Kräftig, 162 cm. Schädelknochen dick, Diploe fast verschwunden. Im langen und queren Blutleiter Speckgerinnsel. Dura nicht verdickt, mittelblutreich, zwischen ihr und Pia reichliche Flüssigkeit. Pia an Konvexität weiß getrübt, mittelblutreich, an der Unterfläche nicht getrübt. Blutgefäße zart an der Basis. Windungen wenig ausgebildet, grob. Eine Einziehung der Hirnsubstanz an der Grenze zwischen Stirn- und Scheitelhirn, am Ende der linken Stirnwindung, links, zehnpfennigstückgroß. Daselbst ist auch die Pia verwachsen, getrübt und verdickt. Rinde im allgemeinen schmal, besonders im Stirnhirn, außerordentlich verschmälert jedoch an der besagten narbigen Stelle. Mark sehr feucht, mit zahlreichen Blutpunkten. Ventrikel nicht erweitert, Boden leicht gekörnt. Sonst im Gehirn nichts Besonderes. Hirngewicht 1336 g. Beiderseitige sehnige Verwachsungen der Pleurahöhlen. Aortenbasis mit kalkigen Einlagen, Koronararterien nicht atheromatös. Die Organe sonst alle gesund.

Mikroskopische Untersuchung der Rinde nach *Nissl* und *Weigert* durch Dr. *Dost* von Hubertusburg. „Über die ganze Rinde verbreitete diffuse Veränderungen. Reihenbildung der Ganglienzellen leidlich, nur an einzelnen Stellen Verzerrung. Reichliche Sprossung von Gefäßen. Die Gefäße zeigen einen dicken (adventitiellen) Mantel von Infiltrationszellen, besonders Plasmazellen, wenig Lymphozyten. Endothel- und Adventitialzellen gewuchert. Die Adventitialzellen enthalten viel Pigment. Die Elastika aufgesplittert, gefaltet, gequollen, teilweise zerfallen. Die Gliazellen vermehrt, mit großem Zelleib und großen Kernkörperchen. Die Gliarandschicht verbreitert, Spinnenzellen, Stäbchenzellen. Ganglienzellen oft blaß, zeigen oft staubförmigen Zerfall der Granula, oft zahlreiche Vakuolen. Zellsklerose in den oberen Schichten vereinzelt. Lichtung der Nervenfasern an einigen Stellen. Diagnose: Progressive Paralyse."

Weitere Verhandlungen. Die Eisenstahl-Berufsgenossenschaft zu L. verlangte telegraphisch am 5. Mai die Krankheits- und Todesursache des G. zu erfahren. Dr. *Stanze* führte am 7. Mai 1906 in seinem Gutachten folgendes aus: „Schon zu Lebzeiten des p. p. G. wurde hier als wahrscheinliche Ursache seiner Geisteskrankheit ein „Trauma", Fall auf ein Bahngleis mit dem Kopfe vor etwa 2½ Jahren, angenommen, da das Krankheitbild an sich neben einigen Zeichen der „Paralyse" ... einen ausgesprochenen Charakter einer „traumatischen" ... Geisteskrankheit trug. Ob es sich um eine durch Trauma hervorgerufene Paralyse oder um eine durch Trauma hervorgerufene organische Gehirn-



erkrankung anderer, jedoch ähnlicher Natur handelt, war nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Bei der ... Sektion fand sich zwischen dem linken Stirn- und Scheitelhirn eine Einziehung in der Gehirnsubstanz von narbigem Charakter, welche mit der weichen Hirnhaut verwachsen war. Da andere Ursachen hierfür als kaum möglich oder als unwahrscheinlich zurückzuweisen waren, so erschien die Annahme berechtigt, daß die narbige Einziehung mit dem Falle auf den Kopf in ursächlichem Zusammenhange steht. Die Sektion hat somit eine weitere Stütze für die Annahme einer „traumatischen" Ursache geliefert, dagegen nichts, was gegen diese Annahme spräche. Die wissenschaftliche Frage, ob Paralyse oder eine andere organische Gehirnerkrankung vorliegt, muß vorläufig noch offen gelassen werden bis zu der noch später vorzunehmenden mikroskopischen Untersuchung des Gehirns. Für die praktische Frage, ob das Trauma die Ursache war, dürften weitere Anhaltspunkte nicht mehr gefunden werden, da in jedem Falle das Trauma in gleicher Weise ursächlich in Betracht kommt, gleichgültig, ob „Paralyse" oder eine andere organische Erkrankung gefunden werden sollte. . . Nach alledem ist, kurz zusammengefaßt, gutachtlich zu bemerken, daß die Geisteskrankheit des p. p. G. mit größter Wahrscheinlichkeit durch ein „Trauma" ... verursacht ist." Am 10. Mai 1906 sandte nun die betr. Berufsgenossenschaft folgendes Schreiben an die hiesige Direktion: „... In dem Gutachten vom 7. Mai 1906 kommt Herr Dr. *Stanze* zu dem Schlusse, daß der Tod des p. p. G. Folge einer durch ein Trauma verursachten Paralyse oder einer andern organischen Gehirnerkrankung gewesen ist. Aus dem Gutachten ist zu ersehen, daß Herr Dr. *St.* den behaupteten Fall auf den Kopf vor 2½ Jahren, also eben das Trauma, als zweifelsfrei erwiesen ansieht. Wie aus unseren, die angestellten Erörterungen enthaltenden Akten zu ersehen ist, ist dies aber durchaus nicht der Fall. Nur die Ehefrau des p. p. G., welche an der ganzen Sache allein ein Interesse hat, spricht sich nach dieser Richtung hin aus. Dem steht aber gegenüber, daß kein Zeuge dieses Falles vorhanden ist, daß auch G. selbst den von ihm aufgesuchten Ärzten gegenüber nie seine Beschwerden auf solchen Fall zurückgeführt hat, was er wohl sicher getan haben würde, wenn er einmal eine ernstliche Verletzung bzw. Kontusion des Kopfes erlitten hätte. Wir bitten deshalb um Ergänzung des Gutachtens vom 7. Mai 1906 dahingehend, ob die festgestellten Veränderungen bei G. unbedingt auf einen Fall, wie behauptet, zurückgeführt werden müssen. ..." Dr. *Stanze* hat daraufhin ein Ergänzungsgutachten erstattet. Darin kommen folgende Sätze vor: „... Der Umstand, daß p. p. G. dem betreffenden Unfalle keine große Bedeutung beigelegt habe, dürfte an sich hier nicht die ihm sonst zukommende Wichtigkeit haben. Denn, wie ausgeführt, setzt die Erkrankung nicht unter allen Umständen eine s c h w e r e r e Erschütterung voraus. Die Folgen äußern sich zudem meist nach und nach, von dem Betroffenen vielfach gar nicht bemerkt. ... Später, als die geistige Erkrankung deutlich wurde, war er wegen seiner





geistigen Schwäche außerstande, seine Lage, die Krankheit und ihre möglichen Ursachen beurteilen zu können. Was nun den Unfall selbst anbetrifft, so ist nach den übersandten Unfallsakten allerdings nicht einwandfrei erwiesen, daß er in der von der Frau behaupteten Form vorgefallen sei. Andererseits scheint dem Begutachter aber auch nicht einwandfrei erwiesen zu sein, daß der Unfall nicht in einer Art und Weise passiert sein kann, die als Ursache genügen würde, da der Angabe der Frau die eines Zeugen gegenübersteht, der den Vorfall 4 (!) Jahre zuvor beobachtet hat und kaum in jenem Augenblicke sich der Bedeutung desselben in einer Weise bewußt gewesen oder geworden ist, die den Vorfall im Gedächtnis absolut sicher festgehalten hätte. Jedenfalls bestätigt der Zeuge die Tatsache eines heftigen Falles. ... Erwägt man alle ... Momente, so ist zunächst zu ersehen, daß der Fall beträchtliche Schwierigkeiten zu seiner Beurteilung bietet, daß er mit Sicherheit — da das „Trauma" in der zumeist erforderlichen Schwere hier nicht beweisbar ist — nach keiner der beiden Richtungen zu entscheiden ist ..., man kann nur von einer größeren oder geringeren Wahrscheinlichkeit sprechen. ... Nach alledem spricht sich das Ergänzungsgutachten dahin aus, daß es sich im Falle G. wahrscheinlich um eine durch Unfall hervorgerufene organische Gehirnerkrankung handelt, die seinen Tod veranlaßte. Zuzugeben aber ist, daß sie auch auf anderer Basis entstanden sein kann." Wie die Sache weiter verlief, ist hier nicht bekannt geworden.

Auch dieser Fall erweckt vielfaches Interesse. Ein angeblich nicht belasteter, körperlich und geistig normaler Mann, von dem Lues im Fragebogen nicht vermerkt ist, soll einen Sturz mit dem Kopfe auf ein Bahngleis erlitten haben, mit einer Wunde am Kopfe (hiervon ist hier keine Narbe nachzuweisen gewesen) und am Schienbeine. Von dieser Zeit an bemerkt seine Frau eine Charakterveränderung und vor allem zunehmende Geistesschwäche. Pat. kam ins Krankenhaus, ward entlassen und wegen drohender Haltung wieder aufgenommen. Der Krankenhausarzt stellte am 17. März 1906 die Diagnose: Paralyse, während im früher ausgestellten Fragebogen vom 22. September 1905 ganz ausdrücklich körperliche Zeichen dieser Krankheit verneint werden. In der hiesigen Anstalt zeigt Pat. nur das Bild eines tief Verblödeten, mit Stimmungswechsel, wobei mit blöd-zufriedener Stimmung eine mehr ängstliche wechselte, die sich in großer Unruhe, besonders nachts, im Umherwälzen, öfterem An- und Ausziehen, Schreien usw. kundgab. Sehr leicht möglich, sogar wahrscheinlich ist es, daß hier zum Teil Sinnestäuschungen zugrunde lagen. Er sprach meist nur Unverständ-

liches vor sich hin, selten einige klare Worte, wobei in der Krankengeschichte nirgends von Häsitieren die Rede ist. Auch die Untersuchung zeigte, daß er offenbar in Zeit und Ort nicht orientiert war und sein Gedächtnis schwer gelitten hatte. Von Anfang an war er sehr unrein. Deutliche Zeichen der Paralyse bestanden, auch zuletzt bei der genaueren Untersuchung nur einige Tage vor dem Tode, n i c h t. Im Krankenhausbericht wird gesagt, daß die Pupillen reagierten; von Ungleichheit wird nichts bemerkt. Hier trat am 23. April 1906 auch bei Einfall des Sonnenlichts keine Reaktion ein; von Ungleichheit der Pupillen ward hier ebenfalls nichts ausgesagt, bei der letzten Untersuchung (28. April) waren sie gleich, mittelweit und reagierten langsam auf Licht. Größenideen haben auch zu Hause nie bestanden, im Krankenhause angeblich Euphorie, was wahrscheinlich identisch gewesen sein wird mit der hier beobachteten blöden Zufriedenheit. Auch an den Reflexen ist nichts Besonderes zu bemerken, nur die Patellarreflexe erschienen erhöht, was wenig besagen will. Auf den Beinen schien er schwach zu sein, doch lief er eben fast nicht. Daß seine Schmerzempfindung herabgesetzt erschien, fällt bei diesem tiefen Blödsinne nicht weiter auf. Romberg fehlte, und das leichte Zittern an Zunge und Fingern hat bei diesem reduzierten Menschen wenig zu sagen. Paralytische und epileptische Anfälle fehlten ganz, wenn man nicht etwa zu letzteren das krampfartige Zusammenziehen kurz vor dem Tode rechnen will.

So sehen wir denn, daß klinisch so gut wie kein Anhaltepunkt für Paralyse gegeben ist oder kaum ein schwacher Hinweis. Auch die Sektion selbst ist an sich für Paralyse nicht sicher beweisend. Wohl ist die Rinde, besonders am Stirnhirn, verschmälert, am meisten an der narbigen Einziehung am Ende der ersten linken Stirnwindung. Das könnte aber auch Folge eines nicht paralytischen Blödsinns sein. Die Pia ist zwar eben getrübt, aber n u r an der Narbe verdickt. Die Ventrikel sind nicht erweitert, nur etwas unten granuliert. Die Blutgefäße sind zart, nicht, wie meist bei Paralyse, atheromatös entartet. Das ganze Arteriensystem ist ohne Atherom, außer solchem an der Aortenbasis, trotzdem Pat. „in früheren Jahren viel Bier" getrunken haben soll. Das alles findet sich nur selten bei Paralyse, ebenso selten wie völlig gesunde Leber und Nieren. Dagegen sprach die mikroskopische Untersuchung durchaus nach *Alzheimer* für Paralyse.

Haben wir nun also hier de facto diese Erkrankung vor uns, so kann es sich nicht um die gewöhnliche dementielle Form der Paralyse handeln, bei der ja die körperlichen Symptome der Paralyse stets mehr oder weniger deutlich sind und auch Größenideen etc. fast nie fehlen, sondern um eine rein dementielle Form der atypischen Paralyse, also ohne, sozusagen, körperliche Symptome. Es ist dies gewiß ein seltener Fall! Daß bei dieser ganz abnormen Verlaufsweise die Diagnose anders lauten mußte, ist klar. Das Leiden soll sich nun sehr deutlich unmittelbar an ein Kopftrauma angeschlossen haben, während vorher angeblich nichts von geistiger Störung zu sehen war. Da war es denn nur natürlich, daß man an die Möglichkeit einer traumatischen Psychose zunächst denken mußte, zumal das klinische Bild sich damit wohl vereinen ließ. Wir sehen nach leichteren Erregungen vor allem sehr schnell, viel schneller als es sonst bei Paralyse üblich ist, eine tiefe Demenz eintreten, die progredient gewesen sein soll. Der Zustand der Pupillen, der Sehnenreflexe usw., alles ließ sich damit auch in Einklang bringen. Freilich fehlten so gut wie ganz die sonst so charakteristischen Wutanfälle, obgleich Patient wiederholt drohend aufgetreten sein soll. Solche Wutanfälle sind aber nicht absolut nötig. Auch die ziemlich große narbige Einziehung am Stirnhirn mit angewachsener, verdickter Pia, verschmälerter Rinde usw., ließ sich noch am besten auf ein Trauma beziehen, indem sofort oder allmählich erst eine Blutung dort entstand, die eine Encephalitis an der betreffenden Stelle mit Meningitis erzeugte, welche dann selbst eventuell weiter fortschritt. Aber auch eine bloße Gehirnerschütterung ohne Blutung könnte vielleicht an der Stelle der stärksten Einwirkung einen Entzündungsherd direkt oder indirekt setzen. Also auch die Sektion sprach nicht gegen eine traumatische Psychose[1]), und die mikroskopische Untersuchung erwies sie speziell als eine Paralyse. — Haben wir nun eine Paralyse vor uns, so stehen wir der leidigen Frage gegenüber, ob hier das Trauma, das durch einen Zeugen festgestellt war, aber nicht erheblicher Natur gewesen zu sein scheint, in ursächlichem Zusammenhange mit der

[1]) Die anscheinende Entzündung des Proc. mastoideus, welche ein halbes Jahr nach dem Trauma eine Operation am Ohre nötig machte, kam kaum bei dem Sektionsbefunde in Frage, da die Narbe oben an der linken Stirnwindung saß.





Paralyse stand oder nicht. Das Nähere hierüber haben wir schon früher auseinandergesetzt und wiederholen hier bloß unsere Ansicht, daß höchstens nur in sehr großen Ausnahmefällen, an die ich aber glaube, ein Trauma und zwar nicht notwendigerweise immer ein schweres oder nur ein am Kopfe einsetzendes, eine Paralyse zu erzeugen imstande ist, aber um so mehr eventuell den Ausbruch derselben bei Voraufgehen von Lues und anderen Momenten, die das Zentralnervensystem sehr geschwächt hatten, beschleunigen, sonach unter Umständen bez. der Unfallversicherung mit in Frage kommen kann. In obigem Falle war es sehr natürlich, daß ein Prozeß angestrengt wurde, der aber für die Frau keinen günstigen Ausgang genommen zu haben scheint. Immer häufiger sehen wir, wie namentlich bei Paralyse, aber auch bei anderen Psychosen, das Trauma als Ursache des Irrsinns ins Feld geführt wird, und es ist begreiflich, daß die Versicherungsgesellschaften sich dagegen wehren, so lange es geht, und selbst große Kosten nicht scheuen, um den Zusammenhang von Trauma mit Psychose abzuweisen. Schließlich hat ja fast jeder Arbeiter einmal ein Trauma in seinem Berufe erlitten, und die Verlockung liegt nur zu nahe, dies dann verantwortlich zu machen. Ähnlich ist es z. B. beim Krebs, besonders Brustkrebs, wo auch fast immer Stöße usw. gegen die Brust einmal vorgekommen sind und nun zur Erklärung herangezogen werden.

4. Fall. B., rez. den 25. Mai 1905. Geboren 1850, Zigarrenwerkführer, verheiratet, vier Kinder, intelligent, Volksschule. Von erblicher oder Familienanlage nichts bekannt. Wurde immer leicht ärgerlich. Lebte geordnet. Als Werkführer hatte er viel Kopfarbeit und in seiner letzten Stellung viel Aufregung mit seinem Arbeitgeber, der zur Trunksucht neigte. Von Lues ist nichts notiert. Am 26. März 1905 fiel er in dem dunklen Hausflur die Treppe hinab und erhielt eine Stirnwunde. Seitdem angeblich Ausbruch der Krankheit. Wegen vielen Ärgers mit dem Arbeitgeber hatte er seine Stellung gekündigt; seitdem ärgerte er sich nicht mehr. Freute sich vielmehr auf die Ruhe und eine neu gemietete schöne Wohnung. Nach dem Falle keine Gehirnerschütterung vom Arzte festgestellt, doch behauptet die Frau, ihr Mann habe 1½ Stunden nach dem Unfalle begonnen, wirres Zeug zu reden. Die Angehörigen wollen deshalb geweint haben. In der Nacht stöhnte er, besonders über den Kopf, und schlief nur sehr unruhig. Das irre Reden verlor sich in den nächsten Tagen etwas, er war aber immer sehr aufgeregt und ganz gegen seine Gewohnheit

sehr gesprächig und erzählte oft dasselbe zwei- bis dreimal. Allen Leuten fiel seine Veränderung auf, besonders, daß er, als er am 3. April 1905 ausgehen mußte, sich um gar nichts kümmerte, ganz teilnahmlos war. Nachts ward er wieder sehr unruhig, wollte immer essen, überhaupt fiel seine Eßgier auf. Tagüber redete er viel „irres und vergebliches Zeug". Ward ihm widersprochen, so konnte er „schlecht" werden, und hielt den Kopf mit beiden Händen. Verwechselte die Tageszeiten, lief weg und kam erst sehr spät wieder. Einmal brachte er einen krepierten Hasen vom Felde mit, welcher schon verfault war; trotzdem wollte er ihn essen. Nach Wegnahme des stinkenden Kadavers schimpfte er noch laut und lange. Zur Zerstreuung brachte man ihn nach Dr. zum Sohne, er änderte sich aber nicht. Am 4. Mai 1905 war er verschwunden und ward erst am 8. Mai in B. mittellos aufgefunden. Kam dann am 9. Mai ins Krankenhaus zu W., wo er fast zwei Tage durch schlief und nur der Notdurft und des Essens halber aufwachte. Er aß kolossal viel. Nachdem er ausgeschlafen, war er sehr unruhig, ging von Bett zu Bett, legte sich in fremde Betten oder auf die Diele, packte die Bettstellen aus. Erzählte viel über seine Entweichung und sein Aufgreifen durch die Polizei, doch ziemlich zusammenhanglos. Er zerriß Zeitungen und sah in den Papierstücken Kassenbilletts. In den letzten Tagen schlief er wieder viel. Reflektorische Pupillenstarre; Patellarreflexe erhalten. Sieht viel älter aus, als er ist. Ernährungszustand reduziert; Verdacht auf Tuberkulose. „Es scheint sich um beginnende progressive Paralyse zu handeln." (Fragebogen, in W. den 19. Mai 1905 von Dr. *R.* ausgestellt.)

Hier aufgenommen den 25. Mai 1905. Schwache Muskulatur, Brustkasten schmal, schwache Dermographie. Hochgradige Atheromatose der Art. brachialis et temporalis. Vierter und fünfter Finger zu kurz. Varizen an den Unterschenkeln. Puls 78 (im Liegen). Herzstoß diffus, Herztöne sehr schwach, Herzdämpfung eher verkleinert. Lungenschall voll, Grenzen der Lungen normal, an den Lungenspitzen rauhes Exspirium. Pupillen mäßig groß, gleich, reagieren wenig auf Licht und Konvergenz. Muskelerregbarkeit sehr stark, desgleichen Abdominalreflex. Achilles-, Plantarreflex nicht erhöht, Skrotalreflex ganz schwach, Patellarreflex stark, desgleichen Pharynxreflex. Grobe Sensibilitätstörungen nicht da. Romberg stark; leichter Tremor an Zunge und Fingern. Gang unsicher, beim schnellen Umdrehen Schwanken. Kopf hoch, fast absolute Glatze (vor drei Jahren hatte er angeblich Typhus, darnach Haarausfall). Nur sehr wenig und stark ergrautes Haar; starkes Atherom der Art. temp. Schädel breit, ziemlich regelmäßig. Stirn hoch; über dem linken Stirnbein eine etwa 1 cm lange schräge Narbe, vom Falle herrührend. Augenbrauen und Wimpern spärlich; Augen tiefliegend. Ohren groß, abstehend, fleischig; Helix beiderseits stark entwickelt, die Concha sehr geräumig. Nase lang, mit der Spitze nach rechts. Gesicht etwas asymmetrisch. Oberkiefer atrophisch, Unterkiefer schmal mit



starker Incisura progenaea. Harter Gaumen ziemlich hoch, breite Zähne abgeschliffen; rhachitische untere Schneidezähne. Hals sehr lang. Sprache stotternd, häsitierend. Zeitlich nicht orientiert (Jahr? „1895"), weiß nicht das Datum, der Monat ist unsicher. Auch örtlich nicht orientiert. Glaubt in M. zu sein, im Krankenhause. Kennt aber Geburtstag und Alter. Er sei in der Schule stets der Erste gewesen. 3×17 = 51, 5×19? ... „55"; 7×13 = 71; 35—7 = 28; 47—22 = 25; 117—55 = 55; 14 : 7 = 28; 14 : 7? „nu das ist 28"; 16+17 = 33; 114 + 23 = 133. Die Merkfähigkeit ist eine ganz leidliche, aber bloß für den Moment. Schulkenntnisse noch leidlich. Pat. schätzt sein Wissen, besonders im Rechnen, hoch ein. Gleichgültig. Glaubt, er sei hier wegen Reißens.

Verlauf. 27. Mai. Glaubt schon 14 Tage hier zu sein, konfabuliert, verkennt, sehr leicht vergeßlich. — 30. Mai. Es ward ihm erlaubt, innerhalb der Anstalt zu spazieren, fand sich aber nicht wieder zurück. — 2. Juni. Erkennt nur schwer die Umgebung wieder. Glaubt weiterhin, jeden Tag abgeholt zu werden. — 17. Juli. Gestern verunreinigte er sich von oben bis unten mit Kot, vor allem das ganze Gesicht; heute dreimal. Besuch von Frau und Tochter; drängend. Die Frau erzählt, Pat. habe früher sehr schön geschrieben. Pat. schwärmte auch heute von seinem Reichtum und seinen Plänen. Heute deutliche Zuckungen beim Sprechen um den Mund; Zunge gerade, ohne Zittern vorgestreckt. Pupillen mittelweit, die rechte etwas weiter, kaum reagierend. Sprache nicht deutlich gestört. Ganz schwerfällig. Er ward immer stiller und apathischer, drängte nicht mehr fort, sprach nicht mehr von zu Hause, sondern saß meist stumpf da. Unterhielt sich nur ungern. Er zeigte sich hier mit allem zufrieden. — Am 15. September weiß er weder Datum, Jahr, Monat, Jahreszeit noch den Namen des Kaisers, findet aber sein Bett, zieht sich an und aus und ist reinlich. — Hat am 20. September Entmündigungstermin, kommt dazu in mangelhafter Kleidung. Kennt Namen, Beruf, ist kerngesund und nur wegen Reißens hier. Wußte vom Unfall und von einigem aus der ersten Zeit der Erkrankung. Eine Stunde später wußte er nichts mehr von der Form, vom Zweck und den Personen des Termins! — Am 3. Oktober eingebettet wegen Ödems des linken Beines bis zum Oberschenkel. Kein Eiweiß. Immer interesseloser, schweigsamer. — Am 15. November ausgebettet. Bekam aber bald geschwollene Füße, so daß er stundenweise eingebettet ward. — 10. Januar 1906. Hört aus dem Ticken der Uhr Stimmen. Es sagt ihm jemand, er solle einen Schlaganfall bekommen. Er ward der Stimmen halber in ein anderes Zimmer gelegt, hörte sie aber trotzdem weiter; sie sagen ihm, er solle sein Essen hergeben. Das kümmere ihn aber jetzt nicht mehr. — Mitte Februar. Ißt sehr wenig, meint, alles verwandele sich bei ihm in Flüssigkeit, und dann müsse er so oft auf den Abort laufen, da nützten sich seine Beine ganz ab. Ward immer stiller, ging aber Ende Mai viel umher. — 5. Juli. Will nicht in den Garten gehen, da er keinen Kopf habe. Spricht sonst sehr wenig.



Führte oft leise Selbstgespräche weiterhin, antwortet aber nur wenig. — 1908. Spricht sehr wenig, unzugänglich. — Am 10. Juli 1908, nachdem Durchfälle vorangegangen waren, zeigt sich am rechten Fuße eine entzündliche Rötung und Schwellung, die bald den ganzen Fuß ergriff. — 20. August zeigte sich an den Zehen beginnende Gangrän, ohne Schmerzen oder Fieber. — 24. August zeigt sich deutliche Grenzbildung am Fußrücken. — 2. September beginnen die Zehen zu mumifizieren. Pat. euphorisch, freundlich, gibt klare Antworten, ist sich des Ernstes der Sachlage nicht bewußt. Will nichts von Amputation wissen, glaubt immer noch, es soll besser werden. Der Schlaf wurde schlechter. — Am 30. September war die Gangrän bis zur Demarkationslinie fortgeschritten. Die Pupillen stets eng, aber mit mäßiger, doch prompter Reaktion. Im Urin wiederholt kein Zucker oder Eiweiß. Kein Fieber. Lehnte Amputation ab, trotzdem der Geruch immer unausstehlicher ward. Geduldig, freundlich. — Am 30. November mit seiner und der Ehefrau Einwilligung Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels in Narkose. Aus den geöffneten Gefäßen fließt nur wenig Blut ab; parenchymatöse Blutung nach Lösung des Schlauches nur sehr gering. — 16. Dezember beginnen die Wundränder langsam zu verkleben. Kein Fieber, der Kranke ist zufrieden. — Am 20. Dezember stellt sich starke Beugekontraktur des Stumpfes und Oberschenkels ein. Die letzte Nadel entfernt. Wunde heilt allmählich unter Eiterung bis auf eine gut granulierende, etwa 1 cm lange Wunde. Kein Zucker im Urin. Immer freundlich, still, klar, ohne alle Größenideen. — 27. Februar. Nachmittags bei vollem Bewußtsein plötzlich allgemeine klonische Zuckungen, besonders im linken Arm und Fuß. Erkannte den Arzt, antwortete gut und wußte gar nicht, was ihm geschehen war. Nach 2,0 Brom schlief er gut. — 28. Februar früh 4 Uhr erneute heftige Zuckungen, ohne Bewußtsein, bei ruhigem, gleichmäßigem Pulse. Bei der Morgenvisite noch bewußtlos, zeigte anscheinend Lähmung beider Arme, doch traten in denselben, sobald man sie fallen ließ, klonische Zuckungen auf, besonders links. Kam nicht wieder zu sich. Starb abends 8 Uhr.

Sektion, 14½ Stunden p. m. 170 cm, mäßig kräftig. Gehirngewicht 1470 g. Schädeldach verdickt, sehr weite Stirnhöhlen; Blutleiter mit flüssigem und geronnenem Blute gefüllt. Dura verdickt, nicht verwachsen. Pia überall stark getrübt, besonders an der Stirn, und hier nur mit Substanzverlust abziehbar. Basalgefäße getrübt, Windungen stark verschmälert, besonders vorn. Rinde teilweise stark verschmälert, Zeichnung deutlich. Mark feucht glänzend, sehr blutreich. Ventrikel nicht erweitert; wenig klare Flüssigkeit. Ventrikelüberzug, besonders des vierten Ventrikels, stark gekörnt. Sonst nichts Besonderes im Gehirn. Gehirngefäße auch an der Basis nicht atheromatös. Lungen beiderseits verwachsen. Herz mit starker Fettauflagerung. Eine Klappe geschrumpft, die andere am Rande verdickt. Die dreizipfeligen Klappen an den Rändern



verdickt, verkürzt. Muskulatur des Herzens rechts sehr fettig entartet, Die Klappen der großen Gefäße zart. Der linke Oberlappen an der Spitze ausgedehnt verwachsen, Spitze derb; die rechte Lunge zeigt überall zahlreiche Auflagerungen. Milz sehr klein, gelappt, mit dem Zwerchfell festverwachsen, weich. Nieren ohne große Veränderungen. Sonst nichts Besonderes gefunden.

Dieser Fall hat mit dem vorigen große Ähnlichkeit. Auch hier ist von Lues nichts erwähnt, auch hier wird der Beginn der Erkrankung angeblich auf einen Sturz von der Treppe herab bezogen. Es ward vom Arzte außer einer Stirnwunde darnach keine Gehirnerschütterung konstatiert, aber nach Angabe der Frau begann Patient 1½ Stunden nach dem Falle bereits irre zu reden, schlecht zu schlafen und nach Aufregung dement zu sprechen und zu handeln. Wie sich die Sache mit der Wunde wirklich verhielt, ob Patient nicht schon vorher verändert war, ist nicht sichergestellt, da wunderbarerweise in diesem scheinbar so klar liegenden Falle von den Angehörigen kein Prozeß gegen die Unfallversicherungskasse geführt ward. Der Kranke mußte wegen seiner Unruhe und seines albernen Gebahrens in das Krankenhaus kommen, wo man glaubte den Beginn einer Paralyse festzustellen, vor allem wohl wegen der reflektorischen Pupillenstarre.

Bei der Aufnahme in die hiesige Anstalt schloß man sich zunächst dieser Diagnose an. Es bestand starker Romberg, leichter Zungen- und Fingertremor, die Pupillen waren gleich, reagierten aber wenig, es bestand häsitierende Sprache, unsicherer Gang, starke Patellarreflexe, ohne gröbere Störungen der Sensibilität, ferner einige Größenideen, Fehlen der Orientierung in Zeit und Ort, schlechte Merkfähigkeit, Demenz usw. Bald aber ward man in der Diagnose irre und neigte mehr zur Annahme einer senilen, resp. präsenilen Demenz. Folgende Momente waren dafür maßgebend: die Größenideen wurden nur am Anfange geäußert, später nicht mehr, während dafür weiterhin kurze Zeit Gehörstäuschungen auftraten und einige Wahnideen, auch der Negation (er habe keinen Kopf). Die anfangs euphorische Stimmung wich später einer mehr ruhigen, zufriedenen, neutralen, nachdem die Unruhe mehr und mehr gewichen war. Die Pupillen waren nie ungleich, sie waren stets eng, reagierten aber in der letzten Zeit doch prompt, wenn auch in mäßiger Weise. Nachdem Patient lange Zeit sich in Schweigen gehüllt hatte, ward

er redseliger, freundlich, gab ziemlich gute Antworten, verkannte nicht mehr die Personen, war dankbar für seine Pflege, freundlich beim Besuche der Seinen, ließ aber doch einen ziemlichen Schwachsinn in intellektueller und moralischer Beziehung erkennen. Auch zeitweise Krankheitseinsicht. Die anfangs sehr häufigen Verunreinigungen wurden seltener, kurz, man hätte eventuell bei Festhalten der Diagnose: Paralyse an eine starke Remission denken können, zumal die Sprache bis auf zeitweise geringe Störungen ganz normal war. Was aber bei dem 55 jährigen Manne besonders auffiel, war die abnorm starke Atheromatose der Temporalarterien und der Radialis, ferner der große Glatzkopf mit nur wenigen, stark ergrauten Haaren. Die Glatze soll auf einen 3 Jahre vorher stattgehabten Typhus zurückzuführen gewesen sein. Das starke Ergrauen und die starke Atheromatose der zugänglichen Arterien legten die Annahme eines präsenilen Zustandes nahe, der dann auch die andern Symptome, namentlich die mäßige Demenz, welche nicht eigentlich fortgeschritten war, sondern sicher sogar weniger in der letzten Zeit zu bestehen schien als früher, die mäßigen und nur kurze Zeit im Anfange andauernden Größenideen und spätere sporadische Wahnideen und Sinnestäuschungen erklären konnte. Wir nahmen also eine senile resp. präsenile Demenz an, auf Grund eines fortgeschrittenen atheromatösen Prozesses. Dafür schien auch der Umstand noch zu sprechen, daß sich eine Fußgangrän rechts entwickelte, die die Amputation des Unterschenkels nötig machte. Eine solche Gangrän, wenn nicht durch Zucker bedingt, der aber hier fehlte, ist bei Paralyse sicher abnorm selten. Einen Tag vor dem Tode traten bei vollem Bewußtsein allgemeine rhythmisch-klonische Zuckungen ein, die den ganzen Tag anhielten. Am nächsten Tage setzten sie verstärkt ein, mit Lähmungen beider Arme und Bewußtlosigkeit, und es erfolgte der Exitus letalis.

Die Sektion zeigte verdickte Schädelknochen, verdickte Dura, getrübte Pia, teilweise verwachsen mit der Rinde, letztere, besonders vorn, verschmälert, Mark nicht atrophisch, aber feucht, die Ventrikel nicht erweitert, mit starker Körnung des Ependyms. Die großen Hirngefäße alle zart, ebenso die Herzgefäße; nirgends Atheromatose. Kurz, die meisten Zeichen sprachen mehr für Paralyse. Leider hat hier keine mikroskopische oder serologische Untersuchung statt-

gefunden, die die Diagnose erst mehr oder minder sichergestellt hätte. Ganz auffallend ist die Diskrepanz zwischen der starken Atheromatose der Artt. tempor. et brachiales und dem völligen Fehlen eines solchen Prozesses an den inneren Gefäßen, speziell der Aorta und den Basalarterien. Ich habe darauf aber schon in einer früheren Arbeit (33) aufmerksam gemacht. Man kann also nur mit Vorsicht von der Atheromatose der Schläfenarterien auf die der Gehirnarterien schließen! Auch zeigte sich im vorliegenden Falle weder das Mark atrophisch, noch die Ventrikel erweitert, was ich auch wiederholt bei Paralytikern antraf.

Etwas unklar erscheint die Genese der Gangrän am Fuße, da Zucker fehlte und die inneren Gefäße nicht entartet erschienen. Leider sind die Gefäße am kranken Unterschenkel selbst bei der Amputation und Sektion nicht näher untersucht worden. Wir lesen aber im Sektionsbericht, daß die Lungen beiderseits verwachsen waren, eine Herzklappe geschrumpft, die andere am Rande verdickt, die dreizipfligen Klappen endlich am Rande verdickt und verkürzt waren. Außerdem zeigte sich das Herzfleisch rechts stark verfettet, dem Herzen viel Fett aufgelagert. Dadurch mußte selbstverständlich der Blutstrom verlangsamt werden, und es vermochte sich recht wohl eine marantische Thrombose in den Blutgefäßen zu bilden, die dann die Ursache der Gangrän gewesen sein konnte. Auch die lange währenden klonischen Zuckungen am Vortage des Todes und die verstärkten vor dem Exitus dürften vielleicht auf die verlangsamte Blutzirkulation zurückzuführen sein. Ich mache schließlich darauf aufmerksam, daß Nieren und Leber nichts Besonderes darboten, während bei Paralyse hier meist mindestens Verfettung sich vorfindet. *Naudascher* (38) beschreibt als bisher noch unbekannt zwei Fälle von symmetrischer Gangrän bei Paralyse, im ersten Falle ohne Verstopfung der Arterien, also vielleicht trophischen Ursprungs, im zweiten mit Verstopfung resp. Verengerung der Fußarterien bei starker Atheromatose aller Arterien. In unserm Falle handelt es sich aber um eine nur einseitige Gangrän.

5. Fall. R., Handarbeiter, 1855 geboren, zum dritten Male verheiratet, anscheinend ohne erbliche Anlage. 4 Kinder. Erfolg des Schulunterrichts jedenfalls nicht bedeutend. Sehr reizbar und aufgeregt. Vor mehreren Jahren angeblich heftigen Schlag auf den Kopf bekommen.





doch ohne dauernde Störungen. Solid. Nach Aussage der Frau erste Zeichen der Psychose vor 1½ Jahren. 1 Jahr vorher hatte er sich verheiratet, und schon am Anfang dieser Ehe war er sehr aufgeregt, zu Gewalttätigkeit geneigt und sexuell erregt. Er ward erregter, ließ sich aber zureden und durch Nachgeben beruhigen. Schließlich gebrauchte er seine Frau in fast jeder freien Stunde und auf verschiedene Art, schlug sie auch, so daß sie sich von ihm trennte. Es zeigten sich mannigfache Gesichts- und Gehörstäuschungen und eine krasse Sammelsucht (allerhand Stücke Glas, Eisen, Papierschnitzel usw.). Er ward zur Feldarbeit unbrauchbar, daher entlassen. In den letzten Wochen aß und schlief er wenig. Sein Kind quälte er mit ewigen Abschreibereien, ließ es wenig schlafen und gab ihm sehr wenig zu essen. Am Tage, als er in das Spital kam, hatte das Kind bis abends 7 Uhr nichts zu essen bekommen, obwohl der ganze Tisch voll Semmeln lag. Seine Hauptwahnvorstellung war, daß er ein ihm bekanntes Dienstmädchen heiraten und mit ihm zum Könige fahren wollte. Seit einigen Tagen aß er nichts Festes nud war nachts aufgeregt. Sein körperliches Befinden war aber gut. Sonstige Zeichen, speziell der Paralyse, fehlten.

Weiterer Verlauf. Zugeführt am 20. März 1903. Abgemagert, vorzeitig gealtert, mit ziemlich ergrautem Haar. Gewicht 44,5 kg. Gesicht rechts atrophisch; ganz degeneriertes Aussehen, etwas Henkelohren, kleine, niedrige, fliehende Stirn. Haut welk. Nervenstatus usw. ohne Besonderheiten. Unzufrieden, drängt. Bewegungen hastig, spricht ziemlich laut und schnell. Schimpft auf die Frau. Kein Erotismus bemerkbar. Selbstbewußtsein gehoben: „Ich bin der aufgeweckteste Mensch der ganzen Welt, da können Sie Kaiser und König fragen. Ich habe es so weit gebracht, daß Kaiser und König hier sind; sie sind schon mehrere Wochen da, im „Strauß". Ich habe den Bürgermeister (von M.) heruntergebracht und ihn wieder dazu gemacht. Ich habe die Welt in die Höhe gebracht, bitte, erkundigen Sie sich in M. beim Amtsgericht." Leugnet alle Data der Anamnese. Spricht meist sinnlos und oft ohne allen Bezug auf die Fragen. Haftet immer an denselben Vorstellungen und wiederholt meist dieselben Sätze: „Ich bin überhaupt falsch hier." „Ich habe den ganzen Lebenswandel aufgesetzt." „Das weisen die Papiere auf in M. auf dem Kgl. Amtsgericht." „Ich bin gesund, heute komme ich wieder fort" usw. Ist über seinen Aufenthaltort orientiert, kennt seinen Geburtstag, seinen Stand. Oft spricht er unverwandt mit gespanntem Gesichtsausdruck nach der Wanduhr. Das Ticken löst bei ihm, scheint es, Gehörstäuschungen aus. „Sehen Sie, sie sprechen mit Lufttelephon." — 21. März. Nachts unruhig, störte immer, ging zur Wanduhr und sagte, daß von da Stimmen kämen. — 22. März. Letzte Nacht viel vor sich hin gesprochen. Die Stimmen sagen, daß der Doktor ihn körperlich untersuchen soll. Er spreche mit Kaiser, König, dem Bürgermeister, seinen Wirtsleuten usw. Halluziniert auch während des Gesprächs und fragt,



ob man denn nicht auch die Stimmen höre. Er sei von ihnen beauftragt worden, dem Doktor zu sagen, daß er (Pat.) alles gemacht habe. ... Die Antworten sind stereotyp, indem dieselben Gedanken und Wendungen sich wiederholen. Ausdrücke zum Teil absonderlich. Bisher noch nichts von Erotismus gezeigt. — 25. März. Immer meist unruhig. Schläft schlecht, antwortet nachts seinen Stimmen, öfters abweisend, im Garten steht er meist in einer Ecke. Immer dasselbe sagend, spricht durch das Lufttelephon. Euphorisch, dabei eigensinnig, immer etwas widerstrebend. Will von seiner „Braut" nichts mehr wissen. — 28. März. Der Doktor wisse doch, daß er falsch hier sei. Das habe ihm doch sein Dienstherr gesagt. Derselbe sei unten im „Strauß". Die Stimmen aus dem Lufttelephone kämen von oben, und zwar aus allen Richtungen. Der Doktor müsse sie doch auch hören. Liegt viel auf dem Sopha ausgestreckt. Spricht auch im Garten zum Lufttelephon. — 5. April. Tag und Nacht schwatzend, dreist, zudringlich, nimmt andern das Essen weg. — 6. April. Beschwert sich telephonisch beim Amtsgericht M., daß Kaiser und König vor der Tür ständen und man sie nicht hereinließe. Gibt viele Befehle durch das Lufttelephon. Schwatzt so noch die ganze Nacht. Dies ging so fort. — 9. April. Ißt seit einiger Zeit doppelte Portionen. — 12. April. Besuch vom Bruder, brachte die stereotypen Wahnideen vor. — 14. April. Gibt kategorische Befehle, z. B. die Kranken sollten sofort aus dem Garten zurückkehren, der Arzt solle sofort seine kalten Füße untersuchen. — 18. April. Etwas ruhiger, scheint auch weniger zu halluzinieren, hat aber noch den alten Größenwahn, er sei der hervorragendste Mensch, „das wissen Sie doch?" Telephoniert noch manchmal. — 20. April. Euphorie, gut über Zeit und Ort orientiert. Schwatzt viel: er sei hier durch die Intrigen seiner Frau und durch falsches Zeugnis des Bürgermeisters. Er sei doch ein so gescheiter Mann, er könne sogar durch das Lufttelephon telephonieren. „Hören Sie es nicht?" Er höre ganz deutlich die laute Stimme eines Unbekannten über sich, tags und nachts, der mache die Mittelperson seines Lufttelephons, durch den er sich auch öfters mit dem Amtsgericht verbinden ließ, um sich über seine Internierung zu beschweren. — 21. April. Besuch der Frau, ging aber gleich fort. Er wolle nichts von ihr wissen, sie habe ihn ins Unglück gestürzt, habe das Haus über ihm anzünden wollen usw. Auch nachts unruhig, will Glockentöne gehört haben. Erzählt erregt, lachend und ideenflüchtig von seiner Frau. — 23. April. Erregt. Schimpft auf die Pfleger; die gäben ihm nichts zu essen. Will keine Medizin nehmen. Er ließe sich nicht vergiften. — 27. April. Heute hört er durch Telephon, er solle mit seiner bösen Male zum Termin nach M. kommen. Er müsse also abends fort. Später wolle er hier Pfleger werden; er könne 50 Leute in 2 Stunden baden und besorgen. Über den Lohn werde man sich schon einigen. — 1. Mai. Entmündigungstermin. Beklagte sich über die schlechte Behandlung; man lasse ihn erfrieren, verhungern und schlage ihn. — 11. Mai. Man hat ihm telephoniert, daß



seine Male bald ein Kind bekomme, von wem das wohl sein möge. Drängt viel nach Hause. — 12. Mai. Drängt fort. „Meine Geschwister sind da.“ (Woher wissen Sie das?) „Das sagt mir der mit dem Telephon.“ — 14. Mai. Besuch des Bruders. Dabei erregt, ganz zerfahren. — 2. Juni. Glaubt in unten Vorbeigehenden seine Verwandten gesehen zu haben. Sehr gedrückt, drängt fort. — 14. August. Besuch seiner kleinen Tochter und deren Pflegemutter. Machte der letzteren sehr erregt Vorschriften, wie sie das Kind behandeln solle, wollte sogar zuschlagen. — 16. August. Noch immer erregt, will seine Papiere haben und fortgehen, mißtrauisch, zerfahren. — 12. Oktober. Am Tage meist auf dem Abort, auch nachts oft stundenlang auf dem Kübel. Hat stets an der Kleidung zu tun und zu ordnen. Abends ist er immer der Letzte. — 15. Oktober. Steht jetzt oft stundenlang im Korridor auf einer Stelle und spricht unverständlich vor sich hin. — 20. Oktober. Holte bisher nur dann und wann mit das Essen. Heute in den Holzhof. — 26. Oktober. Arbeitet fleißig, schläft besser. Sieht in der Stube viel zum Fenster hinaus und schwatzt stets dabei, meist Sinnloses. Lange und laute Selbstgespräche, meist über Angehörige oder frühere Erlebnisse. Darüber vergißt er oft Essen und Schlafengehen. Besieht sich oft im Spiegel, kämmt sich, reibt sich mit dem Handtuche Hände, Gesicht, Hals und Zähne ab. — 11. November. Besuch der Schwester, quälte sie mit allerlei Fragen und Forderungen. Krasser Egoist. — 17. November. Steht oft mäuschenstill in dunklen Ecken, und es ist ihm fatal, wenn er dabei überrascht wird. Hat dann gewöhnlich die Kleidung offenstehen, die Weste und die Hose, und ist dann sehr verlegen. Onanie noch nicht sicher beobachtet. — 23. November. Ißt weniger, spricht nur noch leise vor sich hin, steht immer, will sich nicht setzen. — 5. Dezember. Laut zum Fenster hinaus in Reimen. Macht dazu Schaukelbewegungen. — 23. Dezember. Hilft fleißig in der Korbmacherei und im Häuslichen. — 24. Dezember. Nach der Bescherung großes Heimweh, sagt oft: „Was werden meine Kinder wohl bekommen. Es wird nicht viel sein, wenn ich sie nur besuchen könnte.“ Stimmung sehr labil. Jetzt selten Selbstgespräche. — 4. Januar 1904. Murmelt wieder leise vor sich hin. Heute im Theater. Alles erinnert ihn an die Familie, und er weint dazu. — 12. Januar. Besuch von Frau und Kind. Mußte gleich fort, weil er erstere zu sehr mit Vorwürfen überhäufte. — 17. Januar. Sieht er andere erregt, so wird er sehr unruhig und ängstlich. Geht fleißig in die Korbmacherei, spricht nur selten leise vor sich hin. — 28. Februar. Schwatzt viel, erzählt, was er habe mit seinen Frauen und Kindern alles durchmachen müssen. Er wisse, daß er hier bleiben müsse und nie wieder fortkäme. Sein sehnlichster Wunsch sei, zu Ostern acht Tage bei seinen Kindern zu sein. — 3. März. Erzählt von seiner Einlieferung hier und wie schlecht man ihn im Krankenhause zu M. behandelt habe. Im Unruhigenhause hier habe man ihm immer von der Decke aus zugerufen, und habe es ihm mitunter den Leib bald auseinandergetrieben vor lauter Dunst,





jetzt sei aber alles vorbei. — 23. Mai. Schwatzte beim Freigange viel und sprach jeden, der ihm entgegenkam, an. — 24. Mai. Sehr erregt, als er von der Pflegemutter seiner Tochter erfuhr, letztere solle in eine Ferienkolonie; er werde das nie zugeben, es fehle ihr ja nichts. Blieb in der nächsten Zeit erregter, nörgelnder, erzählte alles Mögliche. — 17. Juni. Erzählte, seine „Male" sei hier und schicke ihm immer Feuer durch die Füße. — 2. August. Will nicht mehr in den Holzhof. Will erst sein Geld haben, das ihm zukommt. Stand später vor dem Spiegel und sang: „Komm', o komm', du liebe, schöne, gute Male." — 26. Juli. Rief zum Fenster hinaus: „Der Bürgermeister, der Lump, will 400 M. von mir, der kann machen, daß er hinauskommt." Halluzinierte so auch weiter. — 1. August. Manisch schwatzhaft. Fragt hundertmal, ob sein Haus noch steht, ob die kleine Ziege draußen im Stalle noch lebt. Stellte sich vor den Spiegel und sang: „Macht mir keine Wippchen vor" usw. — 6. August. Erzählt immer viel, auch Biblisches, meist aber alles durcheinander. Jesus Christus sei vor 1001 Jahren in Jerusalem geboren, und David war sein Vater, der lebe noch jetzt dort. Auf Berichtigung: „Jawohl, lassen Sie sich nur nichts vormachen. Ich habe Kenntnis. Der Schullehrer hat es meinen Kindern so gelehrt." Schwatzt in den späteren Tagen viel von der bösen Male. — 13. September. Spuckt sehr viel herum, zum großen Ärger der Mitkranken, die ihn stoßen und schlagen. Ganz zerstreut. Öfters unzufrieden. — 21. September. Schwatzhaft, ideenflüchtig, vielgeschäftig, ohne was Ordentliches zu tun. — 27. September. Erzählt, er wolle den Arzt in M. und andere verhaften lassen. (Wie er das tun könne?) Er sage es einfach zum Fenster hinaus den Bahnleuten, die hörten es schon, die antworteten ihm ja auch. Von ihnen erfahre er, wie es in M. zugehe. — 28. September. Das Zugpersonal habe ihm heute vom Bahnhofe her berichtet, Dr. K. sei eingesperrt worden, weil er ihn hierher gebracht hätte. Der Schutzmann D., der mitgeholfen, käme auch noch dran. — 3. Oktober. Gab wieder durch das Fenster der Eisenbahn Aufträge. Er erfahre eben von dort, daß sein Bruder ein neues Haus baue. — 6. Oktober. Nirgends Ruhe, spuckt viel, schwatzt immer. Geht jetzt körperlich zurück. — 7. Oktober. Wollte sich erst nicht untersuchen lassen. Hat Angst vor dem Hörrohre. Zähes Rasseln, besonders über dem rechten Unterlappen. — 19. Oktober. Schwatzt schwachsinnig, besonders zum Fenster hinaus. Als er den Zug vom Fenster aus abfahren sah, sprach er zu ihm und erzählte, seine Male habe von einem Herrn aus L. einen kleinen Jungen bekommen. Murmelt auch Unverständliches vor sich hin. — 16. November. Meint, wenn er im Bette sei, wisse er, was in der ganzen Welt passiere, z. B. daß sein Bruder in L. die Tanzmusik gespielt habe. Spricht immer von der „bösen Male". — 18. November. Spuckt jetzt wieder recht viel im Korridor herum. — 17. Dezember. Sah zum Fenster hinaus und sagte, die Artillerie werde gleich kommen, es wäre Kaisermanöver in M., er hätte auch Einquartierung in seinem Hause. — 28. Dezember. Sah dem M.er Zuge nach und sagte: „Der





Zug ist mein, der kommt von M. In M. ist kein solcher Mond. Dieser hier kommt hinter New York her. Und mein Bruder hat in M. viel Vieh geschlachtet, das höre ich von hier aus. — 29. Dez. Sagt zum Pfleger: „Sehen Sie mal die vielen Soldaten auf der Straße. Es sind schon eine ganze Masse vorbei und werden gleich noch mehr kommen; die kommen aus dem Manöver.“ (Aber es waren keine Soldaten da!) — 4. Januar 1905. Sieht und horcht immer in der Richtung des Bahnhofs, weil das Personal ihm dort immer Nachricht von M. bringt. Spricht auch dahin. — 26. Januar. „Denken Sie nur, Frau G. in M. hat diese Nacht vier Kinder geboren.“ (Woher er das wisse?) Er hätte selbst gegen 4 Uhr mit der Hebamme gesprochen. Setzte auch in nächster Zeit seine Halluzinationen mit der Bahn fort, muß separiert schlafen, spuckt und schmiert abscheulich. Fabuliert und schwatzt viel. Glaubte auch wiederholt, fremde Leute ständen vor der Tür. — 8. Januar 1906. Nachmittags ½2 Uhr kurz hintereinander drei Anfälle, ebenso um 4 Uhr. Röchelte dabei stark. Jeder Anfall dauerte etwa 5 Minuten. Darnach war er noch sehr lange stark benommen. — 9. Januar. Sehr unruhig den ganzen Tag, auch nachts, trotz einer Spritze Hyoscins. — 17. Januar. Die Unruhe hält an. — 20. Januar. Ausgebettet. — 14. Februar. Spuckt wieder ganz abscheulich. — 24. Februar. Abends wieder einen epileptischen Anfall, darnach erst etwas benommen, dann erregt. — 5. März. Immer erregt gewesen, erst jetzt ruhiger. — 18. März. Abends drei heftige Anfälle von je 10 Minuten Dauer. — 29. April. Drei Anfälle. War vor den Anfällen sehr gesprächig und hat viel gesungen. Beim Beginn des Anfalls dreht es ihn nach der Seite, dann fällt er lautlos um, zuckt mit den Gliedern und hat Schaum vor dem Munde. War mehrere Stunden bewußtlos. — 5. Juni. Abends einen Anfall, doch einen geringeren. — 29. Juli. Mehrere Anfälle. — 6. September. Drei Anfälle. Darnach immer schwächer. — 14. September. Tod.

Sektion: 8 Stunden p. m. Körper 174 cm lang, sehr abgemagert. Schädeldach 17 : 15 cm, Dicke 4—6 mm, 312 g schwer, symmetrisch. Dura vorn stark gefaltet, schwappend. Beim Einschneiden entleert sich viel bräunliche Flüssigkeit. Ganze Innenfläche bedeckt von einer relativ dicken, bräunlichen Haut, mit teilweise frischem, dunkelrotem Blute. Pia mäßig getrübt und verdickt, nur wenig adhärent. Gehirn 1145 g. Basalgefäße etwas atheromatös. Das ganze Gehirn etwas weich, ödematös. Rinde kaum oder nur wenig verschmälert, gut gezeichnet, gut gefärbt, wenig Blutpunkte. Die Hirnoberfläche zeigt viele Anomalien. Zentralwindungen sehr grob, links etwas gerader als rechts, fast bis zur Fiss. Sylvii. Der linke S. postcentralis geht oben direkt in den S. interpariet. über, und dieser fast bis an den Pol. Die Fiss. parieto-occipitalis geht fast bis an den S. interpariet. heran. Die erste Stirnwindung schmal, die zweite gefaltet. Die Ventrikel riesig erweitert und überall deutlich gekörnt. Das Hinterhorn reicht fast bis an den Pol. Die Ventrikel enthalten viel Flüssigkeit. Sonst im Gehirn nichts Besonderes.



Pleurahöhlen leer. Lungentuberkulose. Leber klein, mit kleinem Lob. Spigelii und sehr großem Lob. quadratus, der ganz getrennt erscheint. Herz sehr klein, offenbar Hypoplasie. Riesiges Atherom der Aortenbasis, große Plaques, aber ohne Geschwüre. Koronargefäße geschlängelt, klaffend. Milz klein. Nieren klein und fast viereckig, rechts schlecht gezeichnet. Rinde an einzelnen Stellen wie etwas verschmälert. Links an der Spitze eine kirschengroße Zyste. Mesenterialdrüsen mehrfach vergrößert und stark verkalkt.

Dieser letzte Fall hat mit dem ersten insofern große Ähnlichkeit, als hier die Halluzinationen ganz in den Vordergrund traten, derart, daß bis zuletzt eine Paranoia hallucinatoria angenommen wurde. Kein Mensch dachte an Paralyse, da hierfür sprechende Zeichen körperlich und geistig ganz fehlten und in der Anamnese von Lues nichts bemerkt war. Man könnte höchstens die Sammelsucht im Anfang, später einmal die Freßsucht und fn den letzten 1½ Jahren die sehr oft einsetzende Salivation hierher als verdächtige Zeichen rechnen, doch kann man das alles auf die schnell eintretende Verblödung setzen, die sich leicht erklären ließe, wenn man die Halluzinose als Ausfluß einer Dementia praecox paranoides, die freilich sehr spät hier sich gezeigt hätte, auffaßt. Dazu passen auch die vorübergehenden, bloß im Anfang bestehenden, flüchtigen und wechselnden Größenideen, ferner die schwachsinnigen kaleidoskopischen Wahnvorstellungen und Konfabulationen, die mit den Gehörstäuschungen sicher in Verbindung standen. Ob es auch noch Visionen oder anderweite Sinnestäuschungen gab, läßt sich nicht sicher sagen. Für eine Dementia praecox sprach auch das häufige Haften von gswissen Vorstellungen oder Sätzen, welches aber vielleicht auch nur Folge der geistigen Einengung war. Einige katatonische Symptome machten sich später hier und da noch bemerkbar. Nie aber war an den Pupillen, am Gang usw. etwas Abnormes notiert worden. Kurz, es ist nichts, was mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Paralyse hinweisen könnte.

Auffallend war gleich von Anfang an das gealterte, dekrepide Wesen des Krankee, der außerdem viele Entartungszeichen darbot. Merkwürdig ferner der überaus gesteigerte Geschlechtstrieb des Kranken, der sich sogar zu Perversitäten verstieg, sodaß schießlich die Frau sich von ihm trennen mußte. Kaum war Patient aber in die Anstalt geliefert, als diese Libido vollkommen verschwand und

16*



der Kranke auch nie bei Onanie ertappt ward. Ob der angegebene heftige Schlag auf den Kopf irgendwie mit der späteren Krankheit etwas zu tun hat, weiß man nicht; es scheint aber dies nicht der Fall gewesen zu sein. Merkwürdig ist es auch hier, daß seitens der Angehörigen kein Prozeß wegen des Traumas anhängig gemacht ward. In den letzten Monaten traten dann noch epileptoide Anfälle auf, manchmal gehäuft, wie sie allerdings bei Paralyse am häufigsten vorkommen, doch auch bei Dementia praecox, namentlich in den früheren Stadien, sich zeigen. Mit ziemlicher Sicherheit lassen sich als Grund derselben in unserem Falle frische Blutungen bei einer Pachymeningitis haemorrhagica interna annehmen.

Um so überraschter waren wir von der Sektion, die kaum anders als für Paralyse sprechen konnte, obgleich leider die mikroskopische oder serologische Untersuchung fehlte. Da ist zunächst die auffallende und höchst beträchtliche Pachymeningitis haemorrhagica interna, die ja am häufigsten bei der Paralyse sich findet, obgleich auch jetzt nur noch selten, wie ich dies andernorts (33) nachwies. Weiter die getrübte und mäßig verdickte Pia, vor allem die riesig erweiterten Ventrikel mit Körnung des Bodens. Die Rinde dagegen war kaum verschmälert, doch findet auch das sich jetzt öfter bei Paralyse, als früher. Die Basalgefäße waren wenig atheromatös, um so mehr Plaques fanden sich in der Aortenbasis, und auch die Koronargefäße klafften. Auffallend klein ist das Gehirngewicht von 1145 g, besonders bei einem Manne von 174 cm Länge. Es ist vielleicht weniger als Ausdruck einer erheblichen Atrophie zu betrachten, als vielmehr einer Hypoplasie, wofür besonders die deutlich ausgeprägte Hypoplasie der Leber, Milz und Nieren sprechen. Gerade solche hypoplastische Prozesse sind aber bei Paralytikern gar nicht so selten, wie ich seinerzeit (35) zeigte.

Hubertusburg, Juli 1909.

---

## Literaturverzeichnis.

1. *Alzheimer*, Die atypischen Formen der Paralyse. Vortrag. Ref. in Rev. de Psych. etc. 1903 p. 78.
2. Derselbe, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Jena 1904.
3. *Bezzola*, Des procédés propres à réorganiser la synthèse mentale dans le traitement des névroses. Rev. de Psych. etc. 1908 p. 236 ss.



4. *Binswanger*, Die allgemeine progressive Paralyse der Irren. In Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts, VI. Bd. 2. Abt. 1906 S. 59. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg.
5. *Brissaud* et *Gy*, Paralysie générale survenue chez le père et sa fille. Rev. de Psych. etc. 1909 p. 87.
6. *Clouston*, Clinical lectures on mental diseases. 3. edition. London 1892.
7. *Colin*, Apparition du syndrôme paralytique à la suite d'un traumatisme chez un garçon de 16 ans. Rev. de Psych. 1908 p. 363.
8. *Cramer*, Gerichtl. Psychiatrie. Jena 1903.
9. *Dagonet*, La persistance des nevro-fibrilles dans la Paralysie générale. Rev. de Psych. etc. 1909 p. 166.
10. *Damaye*, Confusion mentale avec idées délirantes polymorphes à évolution démentielle. Installation lente du syndrôme paralysie générale. Autopsie. Rev. de Psych. etc. 1908 p. 545.
11. *Diefendorf*, Les symptômes mentaux dans la chorée de Huntington. (Ref.) Revue de Psych. etc. 1909 p. 135.
12. *Donaldson*, Anatomical observations on the brain and several sense organs of the blind deaf-mute Laura Dewey Bridgman. Amer. Journal of Psychol. 1890.
13. Derselbe, The extent of the visual Area of the cortex in man, as deduced from the study of Laura Bridgman's brain. Amer. Journal of Psychology 1892.
14. *Dupré* et *Charpentier*, Psychose périodique. Méningite chronique syphilitique. Démence. Rev. de Psych. 1909, 142 (Ref.).
15. *Edel*, Vortrag. Ref. Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. 66. Bd. Mit Diskussion.
16. *Fauser*, Endogene Symptome bei exogenen Krankheiten. Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. 1905.
17. *Finkh*, Über paralyseähnliche Krankheitsbilder. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 1907. Ref. in Allgem. Ztschr. f. Psych. 1908, Literaturbericht S. 201*.
18. *Gaupp*, Die stationäre Paralyse. Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. 1907 S. 656 ff.
19. *Gruhle*, Brief über Rob. Schumanns Krankheit an P. J. Moebius. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906.
20. *Hobhouse*, Case of General Paralysis, Commencing with a Period of Melancholia, and Terminating very rapidly. Journal of Mental Science, Oct. 1897 p. 827.
21. *Hulst*, Een geval van Dementia paralytica als paranoia hallucinatoria debuteerend. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1902 S. 25.
22. *Janssens* en *Mees*, Een geval van progressive juvenile dementie. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1907 p. 209.
23. *Janssens*, Jets over de beteekenis van plasmacellen bij het pathohistologisch onderzoek van het cerebrum. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1908 p. 228.



24. *Joffroy*, Un cas de paralysie générale consécutive à une électrocution. Vortrag, Ref. Revue de Psych. etc. 1908 p. 489.
25. *Kluge*, Helen Keller und das menschliche Denken. Mschr. f. Psych. u. Neurol. 1905.
26. *von Krafft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart, Enke 1875.
27. *Kreuser*, Geisteskrankheit und Verbrechen. Wiesbaden, Bergmann, 1907.
28. *Marie, A.*, Un cas de paralysie générale juvenile (?). Autopsie. Revue de Psych. usw. 1909 S. 113.
29. *Meyer*, Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntnis der progressiven Paralyse und der Lues cerebrospinalis usw. Arch. f. Psych. Bd. 43 H. 1.
30. *Mendel*, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart, Enke, 1902.
31. *Moebius*, Über Robert Schumanns Krankheit. Halle, Marhold, 1906.
32. *Näcke*, Über katatonische Symptome im Verlaufe der Paralyse der Frauen. Allgem. Zschr. f. Psych. usw. Bd. 48.
33. Derselbe, Über einige makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Allgem. Zschr. f. Psych. usw. Bd. 57.
34. Derselbe, Clinical and pathological changes in dementia paralytica during recent decades. The Alienist and Neurologist, May 1903.
35. Derselbe, Einige „innere“ somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen usw. Allgem. Zschr. f. Psych. usw. Bd. 58.
36. Derselbe, Vergleichung der Hirnoberfläche von Paralytischen mit der von Geistesgesunden. Allgem. Zschr. f. Psych. usw. 1908.
37. Derselbe, Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischem Boden. Neurol. Ztlbl. 1909.
38. *Naudascher*, Paralysie générale et asphyxie symmétrique des extrémités. Revue de Psych. etc. 1909 p. 117 ss.
39. *Obersteiner*, Trauma und Psychose. Wiener med. Wschr. Nr. 40, 1908.
40. Derselbe, Die progressive allgemeine Paralyse. Wien und Leipzig 1908, Hölder.
41. Derselbe, Die Sinnestäuschungen. Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, hrsg. von Prof. Dittrich. Wien, Leipzig, Braumüller, 1909.
42. *Pactet*, Délire de persécution chez un dégénéré etc. Rev. de Psych. etc. 1908 p. 351.
43. *Pandy*, Ref., Ztlbl. f. Nervenheilk. usw. 1908 S. 122.
44. *Pascal*, Formes atypiques de la paralysie générale. L'Encéphale 1906 p. 152 ff.
45. *Ranke*, Über den heutigen Stand der Histopathologie der Hirnrinde. Münch. med. Wschr. 1908 Nr. 45/46.
46. *Richard*, in Mschr. f. Psych. usw. 1906 S. 349.
47. *Sciamanna*, Casi atipici di paralisi progressiva. Rivista quindicinale di Psicologia, Psichiatria etc. 1898 p. 49.

48. *Séglas*, Des symptomes catatoniques au cours de la paralysie générale. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Janvier 1907. Nach Ref. in Allgem. Ztschr. f. Psych., Literaturbericht 1908 S. 200*.
49. *Schwabach*, Taubstummheit. Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, von Prof. Eulenburg. 3. Aufl. 24. Bd. S. 164 ff.
50. Derselbe, Taubstummenstatistik. Ibidem, S. 145 ff.
51. *Spielmeyer*, Zur anatomischen Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Ztlbl. f. Nervenheilk. usw. 1906. Ref. in Psych. en Neurol. Bladen 1906 p. 385.
52. *Stransky*, Beitrag zur Paralysefrage. Wiener klin. Wschr. 1907.
53. *Tanzi*, Trattato delle malattie mentali. Milano 1905.
54. *Vigoureux*, Deux cas d'aphasie sensorielle. Rev. de Psych. etc. 1909 p. 171.
55. *Westphal*, Weiterer Beitrag zur Differentialdiagnose der Dem. paralyt. Med. Klinik 1907 H. 4/5. Nach Ref. in der Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. 1908, Literaturbericht S. 202*.
56. Derselbe, Manisch-depressives Irresein und Lues cerebri. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 65, 1908, S. 829.
57. *Wieg-Wickenthal*, Zur Klinik der Dementia praecox. Halle, Marhold, 1908.
58. *Choroschko*, Zur Lehre von der Korsakoffschen polyneuritischen Psychose. Neurol. Ztlbl. 1909 S. 341.
59. *Trapet*, Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse. Arch. f. Psych. usw. 1909 S. 716 ff.
60. *Weyert*, Schädeltrauma und Gehirnverletzungen. Münch. med. Wschr. 1909 S. 649.
61. *Plaut*, Die Lues-Paralysefrage. Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. Bd. 66, 1909, S. 340 ff.
62. *Fischer*, Über Lues und Paralyse. (Anatomischer Teil.) Ibidem, S. 373 ff.
63. *Pötzl* und *Schaller*, Fall von atypischer Paralyse. Ref. Neurol. Ztlbl. 1907 S. 872.
64. *Kornfeld*, Geisteszustand Taubstummer. Aussetzen eines neugeborenen Kindes mit folgendem Tode. Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. Bd. 62, 1905, S. 364 ff.
65. *Meyer*, Geisteskranker Taubstummer mit spinaler Kinderlähmung. D. med. Wschr. 1906 Nr. 10. Ref. Neurol. Ztlbl. 1906 S. 1002.
66. *Mattauschek*, Ein seltener atypischer Fall von progressiver Paralyse. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXVI S. 283. Ref. Neurol. Ztlbl. 1906 S. 529.
67. *Montesano*, Perivaskuläre Plasmazelleninfiltration im Zentralnervensystem der alkoholisierten Kaninchen. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907 S. 849. Ref. Schmidts Jahrb. 1908 H. 8 S. 156.
68. *Hollós*, Vorstellung einer jugendlichen weiblichen Paralytika, nebst Diskussion. Ref. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908 S. 838.

69. *Moravcsik*, Ein seltenes Symptom bei progressiver Paralyse, mit Diskussion. Ztlbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Juni 1908, und Diskussion (Ref.) ibidem S. 839.
70. *Bolten*, Traumatische Psychosen. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1909 p. 71 ff.
71. *Weiss*, Über die Infiltration der Hirngefäße bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 45 H. 1.
72. *Dercum*, Tumor of the frontal lobes with symptoms, simulating paresis. The Journ. of Nervous and Mental Diseases 1908 No. 7. Ref. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1909 p. 114.
73. *Trénel*, Paralysie générale précoce avec syphilis héréditaire. Rev. de Psychiatrie etc. 1909 p. 223.
74. *Marie, A.*, Paralysie générale et aphasie-agnosie. Ibidem p. 231.
75. Derselbe, Paralysie générale infantile. Ibidem p. 238.
76. *Marchand*, Troubles mentaux et gliome ponto-cérébello-cérébral. L'Encéphale 1909 p. 305 ff.
77. *Donath*, Der heutige Stand der Serodiagnostik bei Syphilis. Mit Diskussion. Ref. Münch. med. Wschr. 1909 S. 946.
78. *Eichelberg*, Die Serumreaktionen auf Lues usw. D. Ztschr. f. Nervenheilk. 36. Bd. S. 319 ff. 1909.
79. *Kopp*, Über die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose der Syphilis für die Praxis. Münch. med. Wschr. 1909 Nr. 19.
80. *Vigoureux* et *Naudascher*, Les lésions circonscriptes dans la paralysie générale. Rev. de Psychiatrie etc. 1909 p. 241.
81. *Pactet*, Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de 20 ans. Rev. de Psychiatrie etc. 1909 p. 270 ss.
82. *Marie, A.*, Paralysie générale prolongée. Rev. de Psychiatrie etc. 1909 p. 297 ss.
83. *Chotzen*, Die Lumbalpunktion in der psychiatrischen Diagnostik. Ref. Ztlbl. f. Nervenheilk. 1908 S. 990.
84. *Nonne*, Syphilis und Nervensystem. 2. Aufl. 1909. Berlin, Karger.
85. *Mott*, Die Pathologie der Syphilis des Nervensystems im Lichte der neuen Forschung. Brit. med. Journ. 1909. Ref. Münch. med. Wschr. 1909 Nr. 23 S. 1200.
86. *Knoblauch*, Die Differentialdiagnose der Hirnlues. Vortrag. Ref. Münch. med. Wschr. 1909 Nr. 24 S. 1254.
87. *Joffroy* et *Mignot*, Les symptomes psychiques de second ordre dans la paralysie générale. Rev. de Psychiatrie etc. 1909 p. 307.

---

## Nachträge bei der Korrektur.

Richtig ist, daß nach *Binswanger* (4, S. 67) bei konstitutionellen Schwächezuständen nach psychischen Schädlichkeiten, ev. alkoholischen Exzessen oder infolge eines Traumas „progressiv-organische Erkrankungen des Zentralnervensystems gelegentlich hinzukommen, die wir klinisch der



Paralyse zurechnen müssen, und die den Satz erschüttern, daß diese Krankheit ausschließlich syphilitischen Ursprungs sei". Dieser Ausspruch eines so vorsichtigen und erfahrenen Klinikers ist mehr wert, als die vielen Gegenbehauptungen, z. B. die *Meyers* (Zur Kenntnis der konjugalen und familiären syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, Arch. f. Psych. Bd. 45 Ref. Münchener mediz. Wochenschr. 1909. S. 1655), daß alle Tabes- und Paralysefälle syphilogen seien. *Jones* (The pathology of general Paralysis. The „Alienist and Neurologist" 1909, S. 577) ist wohl gleicher Meinung, wie *Meyer*, sagt aber vorsichtigerweise doch, daß P. nur eng verwandt mit Lues sei (essential relationhip of general paralysis to syphilis). Und *Williamson* (The cerebro-spinal Fluid in General Paralysis and the Nervous Lues, ibidem, S. 655) sagt mit vollem Recht, trotzdem er der Lues die entscheidende Rolle bei der Paralyse anweist: „This of course does not warrant any dogmatic statement as to cause and effect." — Bezüglich des endogenen Momentes der Paralyse sind noch weitere Daten nachzutragen. So hat *Thoma* (Beitrag zur Klinik und Pathologie akut letal verlaufender Psychosen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 737) im zweiten Falle (S. 744) einer verkannten Paralyse die Stellung von Ganglienzellen in Unordnung gefunden und außerdem versprengte Ganglienzellen in der weißen Substanz, also offenbar Entwickelungsstörungen. Bei einem Paralytiker fand ich selbst Mikrogyrie des Stirnhirns (wie schon früher einmal); es war dies der Patient mit der beschriebenen Echolalie. Auch die so häufige Atheromatose bei Paralyse scheint mir nicht nur durch das syphilitische Gift bedingt zu sein, sondern auch durch eine besondere Veranlagung der Gefäße, die ja nicht selten hier hypoplastisch angetroffen werden. Das endogene Moment betonen jetzt immer mehr die Autoren, wenn auch verschieden stark. Ganz neue Momente gegen diese Auffassung führt *Lehmann* (Trauma und Paralyse. Monatschr. f. Psych. etc. 1909. S. 291) an. Er meint nämlich, es wäre sehr schwer zu erklären, warum denn die meisten Paralysen im besten Mannesalter ausbrechen. Die Antwort ist nicht schwer: weil die syphilitische Ansteckung, die ja meist hinzukommen muß, erst in den zwanziger Jahren eintritt, folglich das Leiden 10 bis 15 Jahre später eintritt. Zweitens, sagt er, wäre es schwer faßbar, wie bei sonst gleicher Lebenstellung so wenig solcher Anlagen vorkommen. Nun, genau so, wie andere Psychosen ebenfalls nur einen kleinen Prozentsatz Menschen treffen und doch erblich eine spezielle Anlage voraussetzen. Auch daß so verschiedene Schädlichkeiten die gleiche Erkrankung schaffen können, ist nicht wunderbar. Solche angeborenen Zustände treffen wir bei noch viel anderen Leiden, z. B. Chorea (Revue de Psych. etc. 1909. S. 547). — Kolossal angewachsen ist die Literatur über den Wert der *Wassermann*schen Reaktion, für die kürzlich *Stühmer* (Über die von *Tscherungobar* angegebene Modifikation der *W.*schen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35, 1909) eine Modifikation sehr empfahl, wie andererseits *Williamson* (l. c.) die von *Noguchi*. Nur von wenigen wird sie als unbedingt sicher dargestellt, und sie findet sich ja auch bei anderen

Zuständen: Frambaesia, Schlafkrankheit, vielleicht Malaria, nach Infektions krankheiten, wie Scharlach usw. auch noch bei Miliartuberkulose, Lupus erythomatodes acutus usw. Gute Zusammenfassungen finden sich bei *Klein*, Psych. en Neurolog. Bladen 1909, 316 ss., *Marie*, Revue de Psych. 1909, S. 587, *Jones* (l. c.), *Eichelberg* (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 36), *Browning* (Journal of Mental science, July 1909) usw. Letzterer meint, daß +W absolut sicher die Anwesenheit von Spirochaeten beweise. Interessant ist auch der Vortrag *Hübners* (Allgem Zeitschr. f. Psych., Bd. 66) nebst Diskussion. Auch dieser nimmt eine Disposition zur Paralyse an. Wichtig ist für das Verhältnis der Lues bei Mutter und Kind die Arbeit von *Baisch* (Die Vererbung der Syphilis auf Grund serologischer und bakteriologischer Untersuchungen. Münch. mediz. Wochenschr. 26. Sept. 1909). Man sieht, wie kompliziert die Dinge liegen, besonders die Frage, ob +W die Anwesenheit von Spirochaeten anzeige, also die latente Lues. Wichtig ist endlich auch die Serodiagnostik an der Leiche (*Schlimpart*, Ref. Münchener mediz. Wochenschr. 1909, 1505). — Auch der Wert der histologischen Untersuchung schwankt noch einigermaßen, mehr noch der der serologisch-chemischen. *Jones* (l. c.) überschätzt letztere offenbar, wie er denn auch vieles übertreibt. Mit anderen hält er das Antigen für ein Lipoid, verwandt mit Lecithin, der Antikörper findet sich nach ihm im Euglobulin des Liquors. — Auch die neueste Literatur über atypische Paralyse und die Pseudoparalysen ist reich. Einen histologisch genau untersuchten Fall von atypischer Paralyse veröffentlichten *Dikshoorn* und *Janssens* (Psych. en Neurolog. Bladen, 1909, S. 587), hübsche Fälle von absolut verkannter Paralyse *Thoma* (l. c.). *Pick* (Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose usw., Halle, 1909, S. 29) findet jetzt eine Änderung nicht nur der Paralyse, sondern auch der atypischen Fälle, indem öfter als früher die Individualität des Kranken intakt bleibt. Auch neuerdings betont *Alzheimer* (Die syphilitischen Geistesstörungen usw. Allgem Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, S. 920), daß manche demente Formen der Hirnlues mit Paralyse verwechselt werden können, und nach *Régis* (Précis de Psychiatrie, Paris 1909, 4. Aufl.), der eine angeborene Anlage annimmt, erscheint das syndrôme: Paralyse bei Sonnenstich, Infektionen, Intoxikationen, Chorea usw. — Bezüglich der traumatischen Paralyse beschreibt *Plaut* (Jahresbericht der psychiatr. Klinik zu München, S. 76) einen Fall von Paralyse unmittelbar nach einem erheblichen Unfall und scheint ihm also große Bedeutung zuzumessen. Über traumatische Psychose speziell Paralyse spricht sich der erfahrene Chirurg *Pique* (Archives de Nevrologie 1909, S. 427) sehr vorsichtig aus und ebenso andere in der Diskussion. *Gerlach* (Trauma, dem. par. und Unfallrente. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1910 S. 144) gibt zwar die Möglichkeit einer traumatischen Paralyse zu, doch wirke das Trauma meist nur mit. Dem wird man sich wohl im allgemeinen anschließen können. Jedenfalls verneinen die meisten Autoren die Paralyse nach Trauma bei intaktem Gehirn.

Ich muß schließlich noch einen Irrtum von *Régis* nachträglich berichtigen. Derselbe (l. c. p. 842) widerspricht energisch der Ansicht, daß die Paralytiker Entartete seien, und hat nur selten wirklich Entartete, d. h. schwere, paralytisch werden sehen. Das stimmt, da in Zuchthäusern ja Paralyse so selten ist, obgleich Lues häufig angetroffen wird. Wenn man bei den meisten Paralytikern von einem ab ovo invaliden Gehirn sprechen kann, so braucht durchaus keine schwere Entartung zu bestehen, sie ist vielmehr meist nur eine ganz leichte, genau so, wie bei den meisten andern Psychosen, denen man doch gleichfalls ein invalides Gehirn zuschreibt. Es handelt sich oft nur um geringe Abweichungen der Psyche, wie sie fast noch normal sind, doch findet man solche hier sicher mehr, als bei Normalen. Der Einwand von *Régis* ist also hinfällig! Gerade viele sind früher konstitutionell neurasthenisch gewesen. Auch die fast konstante Arteriosklerose der Paralytiker spricht sehr für ein endogenes Moment als Basis, da man sie bei früheren Luikern nur ausnahmweise findet; sie ist also bei der Paralyse gewiß nicht allein der Lues zuzusprechen, sondern der Hauptanteil scheint die schwache Anlage der Gefäße zu sein, wie ja Hypoplasie des Gefäßsystems und auch innerer Organe hier durchaus nichts so Seltenes ist.

---



# Einflüsse meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke[1]).

Von

Dr. **Kurt Halbey,** Oberarzt.

## I.

Das Klima oder die Gesamtheit der meteorologischen Erscheinungen, die den mittleren Zustand der Atmosphäre an irgendeiner Stelle der Erdoberfläche charakterisiert [*Hann* (8)], übt, wie von alters her bekannt ist, einen bestimmten Einfluß auf die Lebensvorgänge im Organismus aus. Es ist eine unbestrittene Tatsache, daß die Menschen je nach ihrem Aufenthaltsort, ob sie auf Bergeshöhen leben oder in den Niederungen ihr Leben verbringen, ob sie südliche klimatische Bedingungen genießen, oder ob sie unter nördlichem Himmel ihr Dasein fristen, gewisse körperliche und geistige Eigenschaften und Eigentümlichkeiten besitzen, die ihnen die charakteristischen klimatischen Verhältnisse des jeweiligen Wohnortes aufprägen.

Aber nicht nur diese durchschnittlichen Witterungsverhältnisse üben einen Einfluß auf den menschlichen Körper aus, sondern auch der „tägliche Wechsel der meteorologischen Faktoren" [*Glax* (7)], der das charakterisiert, was wir allgemein unter Wetter zu verstehen pflegen, ist von großer Bedeutung für den menschlichen Organismus. Es bedarf auch gewiß gar keiner weiteren Auseinandersetzung, daß ganz allgemein das Wetter, die Wetterlage und die meteorologischen Erscheinungen nicht nur auf den menschlichen Körper einwirken, sondern vor allen Dingen die Psyche des Menschen in günstiger oder ungünstiger Weise beeinflussen. Aus

[1]) Aus der Provinzial-Heilanstalt bei Ückermünde (Direktor: Geh. Sanitätsrat Dr. Knecht.)



allen diesen Erwägungen und Erfahrungen heraus hat sich auch, nebenbei bemerkt, die Klimatotherapie entwickelt, Heilbestrebungen, die die Faktoren des Klimas benutzen, um günstig auf die Krankheiten einzuwirken, und die bereits Hippokrates und Celsus Veranlassung gaben, Kranke einen Ortswechsel aus therapeutischen Gründen vornehmen zu lassen.

Wir haben gesehen, und die tägliche Erfahrung lehrt und beweist es immer wieder, daß nicht nur die Gesamtheit der meteorologischen Erscheinungen des Klimas, sondern auch der Wechsel der meteorologischen Faktoren einen gewissen Einfluß auf das normale menschliche Gemüt ausüben, daß blauer Himmel und strahlender Sonnenschein das Herz fröhlich machen, und daß langdauerndes trübes und regnerisches Wetter die Lebensfreude lähmt und das Gemüt traurig stimmt. Es ist auch mit Recht die Frage entstanden, ob jene meteorologischen Erscheinungen nicht auch auf das kranke Gemüt, auf Störungen des Geistes- und Gemütslebens, kurz, auf Geisteskrankheiten einen Einfluß ausüben können.

Wir Irrenärzte haben oft die eigenartige Erfahrung gemacht, daß in unseren Anstalten oft tagelang und gar wochenlang eine große Ruhe auf den Abteilungen herrscht, die dann plötzlich durch eine besonders auffallende Erregbarkeit der Kranken abgelöst wird, und für die wir keine befriedigende Erklärung finden können. Diese Erscheinung hat man dann auf das Wetter geschoben, und man hat behauptet, daß dauernd günstige und schöne Witterung beruhigend auf die Erregungszustände unserer Kranken einwirkt, während trübes, trauriges und regnerisches Wetter einen ungünstigen Einfluß ausübt und sogar oft Erregungszustände hervorzurufen imstande ist. Ob aber das Wetter wirklich einen solchen in die Augen fallenden Einfluß ausüben kann, ist eine Frage, der man sich ohne methodische Untersuchungen und Beobachtungen skeptisch gegenüberstellen muß; wir müssen uns bemühen, auch andere Faktoren herbeizuführen, die für die Erklärung der Milderung oder der Verstärkung der Erregungen bei unseren Kranken in Betracht kommen. Tatsächlich darf man nicht übersehen, daß bei gutem und sonnigem Wetter unsere Kranken erheblich größere Bewegungsmöglichkeiten haben; die Türen der Säle sind geöffnet, die Kranken werden in die Gärten gelassen, in denen sie herumspazieren, und in denen sie sich ergehen können, ohne in

unmittelbarster Nähe mit den anderen Kranken zu sein; die bettlägerigen Kranken werden mit ihren Betten auf Veranden, in Liegehallen gebracht, ja sogar badende Kranke ins Freie geführt, um in therapeutischem Sinne den blauen Himmel, das frische Grün der Bäume in der weichen warmen Luft zu genießen. Und wie viele Kranke arbeiten bei gutem Wetter nicht draußen im Freien, im Garten und auf dem Felde? Im Gegensatze hierzu die Verhältnisse, wenn der Regen tagelang vom Himmel fällt; dann müssen unsere Kranken in den Häusern bleiben, sie sitzen tatenlos auf dem Korridore herum, sie haben keine Möglichkeit zur Beschäftigung, ihre Bewegungsfreiheit ist erheblich beschränkt, und die Reibungsflächen zwischen den einzelnen Elementen durch das enge Beieinandersein mehren sich, Bedingungen, die naturgemäß gewisse Erregungen im Gefolge haben, im Gegensatze zu jenen Tagen, an denen die Kranken größere Bewegungsfreiheit und -Möglichkeiten genießen. Im Einklange zu dieser Auffassung steht die Beobachtung, die jeder Irrenarzt zu machen Gelegenheit hat und oft ausspricht, daß die Sonntage, besonders aber die Feiertage, also die Tage, an denen nicht gearbeitet wird, für den Frieden und die Ruhe auf unseren Krankenstationen am gefürchtetsten sind und das ganz unabhängig von der momentanen Wetterlage, wobei allerdings trübe und regnerische Sonn- und Festtage sich noch ganz besonders unangenehm gestalten.

Die Frage des Einflusses meteorologischer Vorgänge auf Geisteskranke ist wissenschaftlich bis jetzt noch nicht so eingehend und intensiv behandelt worden, daß wir an der Hand von einwandfreien Beobachtungen wissenschaftlich und praktisch zu verwertende Resultate besitzen, wissenschaftliche, insoweit sie uns einen Einblick gestatten in die Vorgänge im Organismus auf Reize von meteorologischen Faktoren, und praktische, insoweit sie uns eine Klimatotherapie der Geisteskrankheit geschenkt hätten.

*Lombroso* (12) hat sich eingehend mit dieser Frage beschäftigt. Eine Reihe von Beobachtungen in seiner Klinik hat ihn auf das überzeugendste belehrt, daß die Gemütsstörungen der Geisteskrankheiten fortwährend Veränderungen unterworfen sind, die auf das genaueste mit dem Steigen und dem Fallen des Barometers und des Thermometers übereinstimmen. Sehr interessant ist die statistische Zusammenstellung *Lombrosos* über den Einfluß der Temperatur auf die „Ausbrüche des Wahnsinns“.





| | Wärmegrade in Zentigraden | Ausbrüche des Wahnsinns |
|---|---|---|
| Juni | 21.29 | 2701 |
| Mai | 16.75 | 2642 |
| Juli | 23.75 | 2614 |
| August | 21.92 | 2261 |
| April | 16.12 | 2237 |
| März | 6.60 | 1819 |
| Oktober | 12.77 | 1673 |
| September | 19.00 | 1604 |
| Dezember | 1.01 | 1529 |
| Februar | 5·73 | 1419 |
| Januar | 1.63 | 1476 |
| November | 7.12 | 1452 |

Aus den Ausführungen ergibt sich, daß die Ausbrüche von Geisteskrankheiten in den kältesten Monaten am geringsten waren, während sie in den heißen Monaten erheblich mehr und am meisten in die Erscheinung traten. Nach *Lombroso* macht sich dieser Einfluß in ähnlicher Weise auch bei denen bemerkbar, „denen die Natur, wir wissen nicht, ob mit gütiger oder mit tückischer Hand — hohe Geistesgaben verliehen hat", also bei den sogenannten Genies. Ich will nur *Montesquieu* erwähnen, der schrieb: „Si ma santé me sied et la clarté d'un beau jour, me voilà honnête homme". und *Diderot*, der sich folgendermaßen ausdrückte: „Il me semble, que j'ai l'esprit fou dans les grands vents". — In derselben Richtung, daß ein Einfluß der meteorologischen Erscheinungen auf Geisteskrankheit besteht, bewegten sich in späteren Jahren die Ergebnisse von *Krypiacewicz*, *Greitenberg*, *Rasch* und *Koster*, auf deren Veröffentlichungen ich nicht näher eingehen will. Ich erwähne nur noch *Knecht* (9), der ebenfalls einen Einfluß der Witterungsveränderungen auf das Befinden Morphiumsüchtiger in Betracht zieht und im Anschluß an seine Beobachtungen kurz den Einfluß meteorologischer Veränderung auf die Zirkulation überhaupt analysiert, worauf ich später noch zurückkommen werde. *Laehr* (11) konnte einen Einfluß des Luftdrucks auf das Verhalten von Psychisch-Kranken nicht feststellen.

In methodischerer Weise hat sich die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiete des Einflusses der meteorologischen Erscheinungen auf die Epilepsie bewegt. Man hat zu beweisen und festzustellen versucht, daß zwischen epileptischen Anfällen und meteorologischen Erscheinungen sogar ein gewisser ursächlicher Zusammenhang besteht, der weiterhin die Perspektive eröffnete, die Epilepsie-Therapie in eine andere Richtung zu bringen. Ohne Erfolg!

Die alten Ärzte bezeichneten Frühjahr und Herbst als nachteilig für Epileptiker, doch lieferten die Untersuchungen von *Lauret* und *De-*

*lasiauve* keinen einwandfreien Beweis für diese Auffassung. Im allgemeinen hatte es den Anschein, als ob bei heftigen Nord- und Westwinden, bei strenger Kälte und großer Hitze, ganz besonders aber bei plötzlichen Witterungsveränderungen die Häufigkeit der Anfälle zunimmt. Sie empfahlen Epileptikern Ortswechsel, und die Anfälle der Kranken blieben aus. Der Volksglaube, daß die verschiedenen Mondphasen zu der Häufigkeit der Anfälle in Beziehung stehen, ist durch die Forscher bestritten worden und die Unhaltbarkeit der Theorie nachgewiesen worden. *Reich* (22) kam 1902 an der Hand eines eingehend beobachteten größeren Materials aus der Anstalt für Epileptiker zu Wuhlgarten zu dem Resultate, daß ein Zusammenhang zwischen meteorologischen Faktoren und Epilepsie nicht besteht, und daß der Ausbruch der Krampfanfälle bei Epileptikern und von Erregungszuständen bei Geisteskranken durch meteorologischen Einfluß nicht hervorgerufen wird. Gegen diese Ergebnisse *Reich*s wendet sich *Lomer* (13), der ebenfalls wie *Reich* das Kurvensystem benutzte und im Gegensatze zu diesem an der Hand von 7 Fällen zu dem Resultate kommt, daß bei Epileptikern plötzliches Fallen und Steigen des atmosphärischen Druckes, d. h. nur die Druckschwankungen, auf die Anfälle der Epileptiker entschieden einen Einfluß haben, und zwar in dem Sinne, daß bei derartigen Druckschwankungen eine Mehrung der Anfälle sich einstellt. Die ziemlich beständige Höhe des Luftdruckes und auch die beständige Tiefe desselben sind indessen ohne den geringsten Einfluß auf die Anzahl der Anfälle; ebenso kann *Lomer* (13) auch keinen Einfluß der Bewölkung, der Luftfeuchtigkeit usw. auf den Ausbruch der Anfälle der Epileptiker finden. Im speziellen unter Berücksichtigung des Tageszeit der Anfälle findet *Lomer* übrigens noch, daß die epileptischen Anfälle dann mit Vorliebe eintreten, wenn ein Steigen oder Fallen der Luftdruckkurven einsetzt, und daß sich gerade in dieser Zeit auch die Zahl der Anfälle zu steigern pflegt. Für die Begründung dieser Ergebnisse führt *Lomer* (13) an, daß der somato-psychische Organismus des Gesunden sich allen derartigen Druckveränderungen (Entlastung — Belastung) bequem anpaßt, während das bei reizbar nervösen Menschen nicht der Fall sei, vor allen Dingen nicht bei Epileptikern, die einen hochgradig reizempfindlichen Organismus besitzen und deren Stimmung durch Wetter deutlich beeinflußt wird. *Lomer* bezeichnet diese Witterungsreizempfindlichkeit als den „Ausdruck mangelhafter Anpassungsfähigkeit an die beschriebenen meteorologischen Reize". Nach weiteren einschlägigen Studien und Beobachtungen kommt *Lomer* (14) noch zu folgenden Resultaten:

1. Ein Minimum der Anfälle, jedoch nicht das absolute des Tages, liegt zwischen 12 und 2 Uhr vormittags.

2. Die Hauptanzahlziffer (das Maximum) des Tages liegt in den Stunden zwischen 2 und 9 Uhr vormittags.

3. Ein tiefes (ev. absolutes) Minimum liegt zwischen 9 und 10 Uhr vormittags.



4. Die Tagesziffern zwischen 10 Uhr vormittags und 4 Uhr nachmittags bewegen sich in mittleren Höhen.

5. Ein weiteres Minimum setzt nach 4 Uhr nachmittags ein. Die Dauer desselben steht nicht fest.

6. Ein Abendanstieg ist nach 6 oder 7 Uhr nachmittags zu konstatieren. — Die praktischen Ergebnisse — in bezug auf die Therapie und auf das Vorbeugen der Anfälle sieht *Lomer* darin, „einen wirksamen Schutz gegen die Anfallsgefahr durch die Schaffung eines Luftdruckgleichgewichtes, d. h. einen sich stets möglichst gleichbleibenden Luftdruck, herbeizuführen, und empfiehlt, Kurorte für Epileptiker ausfindig zu machen, in denen ein möglichst konstanter atmosphärischer Druck herrscht in vorläufiger Ermangelung von pneumatischen Kammern. (!)

Im übrigen empfiehlt *Lomer* weiter, die Bromanwendung so einzurichten, daß ihre beruhigende Wirkung zu den besonders gefährdeten Stunden sich entfalten kann. Einschlägige Beobachtungen, die den Einfluß meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke zum Gegenstand hatten, waren auch für mich die Veranlassung, zu untersuchen, ob wohl eine oberflächliche tägliche Beobachtung und die aus dieser resultierende Auffassung der wissenschaftlichen Kritik standhalten könnte.

## II.

Für meine Beobachtungen habe ich zehn männliche Epileptiker unserer Anstalt ausgewählt, von denen ein Teil (8) schon längere Zeit vor dem Beginn meiner Untersuchungen in der Anstalt in Behandlung war; ein Teil (2) ist im Laufe der Beobachtungsjahre in die Anstalt aufgenommen worden. Die Untersuchungen erstrecken sich bei den ersten Fällen über den Zeitraum vom 1. April 1908 bis zum 31. März 1909, also über ein ganzes Jahr hin. In der hiesigen Anstalt ist eine meteorologische Regenstation eingerichtet, die ich in Unterstützung und Vertretung meines Chefs alltäglich zu bedienen habe. Außer der täglichen Feststellung der Niederschläge und der Beobachtungen der meteorologischen Erscheinungen (Gewitter, Wetterleuchten, Sturm, Nebel, Tau usw.) werden auch täglich der Barometerstand und die Maximal- und Minimaltemperaturen festgestellt und notiert. Die Ablesungen des Barometerstandes erfolgen an einem Quecksilberbarometer, die der Temperaturen an einem sogenannten Maximalthermometer.

Es hat keinen Zweck, die Krankengeschichten meiner Untersuchungsfälle im speziellen mitzuteilen, ich will nur in kurzen Aufzeichnungen einige für die Beurteilung der Kranken wichtige Daten angeben.

Fall I. G., 1853 geboren, seit 1873 epileptische Anfälle; ver-





schiedentlich in Anstalten behandelt und wegen Körperverletzung mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, seit 1900 in hiesiger Anstalt. Sehr gewalttätig gewesen; seit 1½ Jahren ruhiger, fast kaum Brom erhalten. In der letzten Zeit körperlich und geistig sehr verfallen.

Fall II. W., 1868 geboren. Blöde von Jugend auf, hatte Anfälle seit seiner Kindheit; seit 1903 in hiesiger Anstalt wegen gehäufter Anfälle und Neigung zur Gewalttätigkeit. Stellenweise sehr erregt. In der letzten Zeit ruhiger, verfällt aber geistig immer mehr; auch körperlich sehr schwach.

Fall III. Sch., Vater Trinker, starb in einer Irrenanstalt; 1883 geboren; seit dem 4. Lebensjahr Krämpfe; seit 1906 in hiesiger Anstalt, weil er einen Ertränkungsversuch machte und Kinder brutal behandelte. Blödsinnig und oft verwirrt und verkehrt. Gelegentlich gewalttätig gegen seine Umgebung. In letzter Zeit ruhiger und friedlicher.

Fall IV. Z., 1873 geboren; Belastung inbezug auf Tb. Anfälle seit dem 6. Lebensjahre, die zu Wahnsinn und 1901 zu Tobsucht führten; deshalb in die Anstalt. Oft verkehrt, verwirrt, mit starker Neigung zur Gewalttätigkeit; sehr blödsinnig. Auch ohne Brom nicht viel ruhiger, aber doch weniger gewalttätig.

Fall V. S., 1883 geboren. Keine Belastung. Seit 15 Jahren Anfälle, seit 1900 in hiesiger Anstalt; in der letzten Zeit Tobsuchtanfälle gehabt und zunehmende Geistesschwäche; war auch in Kückenmühle, wo er entwich. In der Anstalt oft starke Tobsuchtanfälle und Neigung zur Gewalttätigkeit.

Fall VI. B., 1865 geboren, keine erbliche Belastung. Soldat gewesen. Konflikte mit dem Strafgesetze wegen Körperverletzung; seit 1885 Krämpfe, Verwirrtheitzustände und Sinnestäuschungen; seit 1903 in hiesiger Anstalt, Neigung zur Gewalttätigkeit. Blödsinnig.

Fall VII. S., 1882 geboren, keine Heredität. Seit dem 6. Lebensjahr Andeutung von Anfällen; seit Konfirmation typische Anfälle, konnte später nicht die Lehre durchhalten wegen Schwachsinn; daher 1900 in die hiesige Anstalt. Monatelange Zustände von Verwirrtheit; in letzter Zeit klarer; arbeitet.

Fall VIII. F., 1865 geboren, hereditär nicht belastet; als 10jähriger Knabe Hufschlag gegen den Kopf, danach Krämpfe und Kopfschmerzen, 1899 zuerst in Irrenanstalt, 1894 operiert ohne Erfolg; seit 1902 in hiesiger Anstalt. Erregt und verwirrt; bei Anfällen mit Neigung zur Gewalttätigkeit.

Fall IX. P., 1883 geboren; keine erbliche Belastung; bereits in der Kinderzeit Schwindelanfälle. Mit 15 Jahren wurde zum ersten Male ein epileptischer Anfall beobachtet. In den letzten Jahren Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Im November 1908 in die hiesige Anstalt, da in den letzten Tagen tobsüchtig. Hier sehr benommen und stellenweise verwirrt; nicht fähig, sich zu beschäftigen.



Fall X. B., 1877 geboren; nicht erblich belastet, keine besonderen Krankheiten in der Jugend; seit dem 15. Lebensjahre epileptische Anfälle. Vor seiner Aufnahme (im Januar 1909) in die hiesige Anstalt tobsüchtig, beschädigte Sachen. In der Anstalt erregt, verwirrt und zu Gewalttätigkeiten neigend zu Zeiten der Anfälle. Beschäftigt sich wenig; queruliert aber viel.

Vorausbemerken will ich, daß der größte Teil der zur Beobachtung herangezogenen Fälle während der längsten Zeit derselben ohne Brommedikation war; nur zwei Fälle (VI und VIII) standen während des ganzen Jahres unter dauernder Brombehandlung, und zwar wurden die Bromsalze in der *Erlenmeyer*schen Mischung gegeben. Ich halte es für sehr wichtig, dies zu betonen, da ich a priori annahm, daß die Darreichung von Brom von Einfluß auf die „Anfallskurve" (in Beziehung zu den meteorologischen Erscheinungen) sein müßte, was, wie sich herausgestellt hat, nicht der Fall ist. Ich habe bei meinen Beobachtungen und Untersuchungen, zum Teil wenigstens, ebenfalls das Kurvensystem benutzt, soweit es sich um Vergleiche der täglichen Barometerstände und der täglichen Anfälle unserer Kranken handelt.

Außerdem habe ich die täglichen Temperaturen (Maximum und Minimum), Gewitter, Niederschläge und sonstige meteorologische Erscheinungen gleichzeitig mit der Anzahl der Anfälle unserer Kranken zusammengestellt, und zwar in Tabellen, die ich S. 260—265 wiedergebe.

(Zeichenerklärung: G. = Gewitter (die Zahl vor dem G. bedeutet die Anzahl der täglichen Gewitter); ≡ = Nebel: ш = Sturm; W. L. = Wetterleuchten; △ = Graupeln; ▲ = Hagel: * = Schnee; ⌴ = Reif; T = Donner; V = Rauhfrost; ↝ = Glatteis; st. = status epilepticus.

Die Temperaturen sind überall nach Reaumur angegeben.)

## a) Einwirkung der Zusammensetzung der Atmosphäre.

Nach *Angus Smith* (1) schwankt der Sauerstoffgehalt der Luft bei einem mittleren Barometerstande von 760 mm sowohl in großen Städten und auf dem Lande, als auch auf Bergesspitzen nur zwischen 20,86 und 20,99.

Nach *Pettenkofer* und *Voit* (21) verbraucht der Mensch in der Ruhe innerhalb von 24 Stunden 500 l, während der Arbeit 700 l Sauerstoff, der durch das Atmen mit dem Blute in die engste Berührung kommt und durch das Hämoglobin chemisch gebunden wird. Nur 6,4 % der Gesamtmenge werden nach den Ergebnissen von *Paul Bert* (2) vom Plasma absorbiert. Daraus ergibt sich die Tatsache, daß das Sinken des O-Gehaltes





| IV. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | +2 | +6 | 1.0 | . | 751 |
| 2 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | ±0 | +6 | 3.6 | . | 759 |
| 3 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | ±0 | +5 | 1.4 | . | 761 |
| 4 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +3 | +9 | 2.2 | 2 G. | 756 |
| 5 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +1 | +7 | 1.9 | ≡ | 758 |
| 6 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | +4 | +7 | 0.3 | . | 761 |
| 7 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +3 | +5 | . | . | 770 |
| 8 | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +2 | +4 | . | . | 769 |
| 9 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +2 | +4 | . | . | 761 |
| 10 | . | . | . | . | . | 3 | . | . | . | . | 3 | +2 | +4 | . | . | 756 |
| 11 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +2 | +4 | . | . | 758 |
| 12 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +3 | +4 | . | . | 761 |
| 13 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +3 | +6 | . | . | 764 |
| 14 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | +3 | +9 | . | . | 768 |
| 15 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +4 | +7 | . | . | 772 |
| 16 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +3 | +7 | . | . | 772 |
| 17 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +3 | +7 | . | . | 765 |
| 18 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +3 | +6 | 0.6 | . | 749 |
| 19 | . | . | 3 | . | . | . | . | . | . | . | 3 | +2 | +3 | 9.0 | . | 739 |
| 20 | . | . | 2 | 2 | . | . | . | . | . | . | 4 | +1 | +5 | 0.6 | . | 748 |
| 21 | . | 1 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 3 | ±0 | +3 | 1.2 | . | 749 |
| 22 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +1 | +5 | 1.8 | . | 752 |
| 23 | 2 | 1 | . | 2 | 1 | . | 1 | . | . | . | 7 | +2 | +10 | 1.3 | . | 755 |
| 24 | . | . | . | 2 | 1 | 2 | . | . | . | . | 5 | +2 | +12 | 1.0 | Ш | 753 |
| 25 | 2 | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | . | 3 | +6 | +8 | . | W. L. | 755 |
| 26 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +5 | +10 | . | . | 752 |
| 27 | . | . | 1 | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | 4 | ±0 | +10 | 1.3 | . | 761 |
| 28 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +2 | +9 | 0.3 | . | 759 |
| 29 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | +2 | +6 | 0.6 | . | 755 |
| 30 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | +4 | +10 | 0.5 | . | 764 |

| V. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +9 | . | . | 768 |
| 2 | . | . | 2 | . | st. | . | . | . | . | . | st. | +1 | +11 | . | . | 764 |
| 3 | . | . | . | . | st. | . | . | . | . | . | st. | +4 | +9 | . | . | 762 |
| 4 | . | 1 | . | 1 | st. | . | . | . | . | . | st. | $-1/2$ | +10 | . | . | 763 |
| 5 | . | 2 | 2 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 6 | +5 | +10 | . | W. L. | 753 |
| 6 | 2 | 4 | . | 1 | . | 2 | . | . | . | . | 9 | +7 | +11 | 3.0 | . | 753 |
| 7 | . | 7 | 2 | 1 | . | . | . | . | . | . | 10 | +11 | +13 | 0.4 | ≡ | 752 |
| 8 | . | . | 2 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +4 | +10 | 0.1 | . | 759 |
| 9 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +10 | ? | 1.0 | . | 754 |
| 10 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | ? | +9 | 4.0 | G. | 756 |
| 11 | 2 | . | 2 | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +13 | +13 | 4.7 | . | 761 |
| 12 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +4 | +11 | 0.0 | . | 762 |
| 13 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +9 | +12 | 7.7 | . | 754 |
| 14 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +7 | +12 | 4.4 | . | 756 |
| 15 | 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +3 | +16 | 0.0 | . | 762 |
| 16 | 1 | . | 1 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | 4 | +6 | +12 | 5.4 | G. | 760 |
| 17 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +7 | +12 | 0.8 | . | 771 |
| 18 | 1 | . | . | 3 | . | . | . | . | . | . | 4 | +9 | +16 | 3.8 | . | 770 |
| 19 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +7 | +15 | . | . | 770 |
| 20 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | 3 | +8 | +16 | . | . | 766 |
| 21 | . | 1 | 1 | 1 | . | . | 2 | 1 | . | . | 6 | +3 | +16 | . | . | 767 |
| 22 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | 1 | +9 | +19 | 0.4 | 4 G. | 756 |
| 23 | . | 1 | . | 2 | . | 1 | 1 | . | . | . | 5 | +9 | +19 | 16.2 | 2 G. | 759 |
| 24 | . | 2 | . | . | . | 2 | . | . | . | . | 4 | +8 | +13 | 0.1 | . | 760 |
| 25 | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +8 | +11 | 7.0 | . | 758 |
| 26 | 1 | 3 | . | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +7 | +13 | 12.5 | . | 760 |
| 27 | 3 | 1 | . | 2 | . | 1 | 1 | . | . | . | 8 | +5 | +11 | 1.0 | . | 766 |
| 28 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +8 | +10 | 0.6 | . | 772 |
| 29 | . | . | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 2 | +8 | +13 | . | W. L. | 771 |
| 30 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +10 | +18 | . | 4 G. | 767 |
| 31 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +11 | +20 | 4.7 | W. L. | 766 |

| VI. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. | | | | | | | | | | Summe | Temp. | | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | | Mi. | Ma. | | | |
| 1 | 2 | . | 2 | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +11 | +20 | . | W. L. | 762 |
| 2 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | +13 | +20 | . | . | 762 |
| 3 | . | . | . | 1 | . | 1 | 1 | . | . | . | 3 | +12 | +17 | . | W. L. | 767 |
| 4 | . | . | 1 | 2 | . | . | . | . | . | . | 3 | + 9 | +21 | . | . | 765 |
| 5 | . | 2 | . | 2 | . | . | . | . | . | . | 4 | +11 | +16 | . | 2 G. | 754 |
| 6 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | + 9 | +13 | 10.1 | G. | 752 |
| 7 | 1 | 2 | 1 | 2 | . | . | 1 | . | . | . | 7 | + 6 | + 9 | 7.4 | . | 755 |
| 8 | 1 | 1 | . | 1 | . | | | . | . | . | 3 | + 4 | +12 | 0.1 | . | 763 |
| 9 | 4 | 3 | . | 1 | 2 | 1 | . | . | . | . | 11 | + 6 | +12 | 0.0 | . | 762 |
| 10 | . | 4 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 5 | + 6 | +13 | 1.5 | . | 764 |
| 11 | . | 3 | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | 6 | + 4 | +16 | . | . | 765 |
| 12 | . | . | . | 1 | 2 | 1 | 3 | . | . | . | 7 | + 5 | +18 | . | . | 766 |
| 13 | . | . | . | 1 | 2 | 1 | 4 | . | . | . | 8 | + 9 | +16 | 0.2 | . | 758 |
| 14 | . | . | 2 | . | . | 1 | 3 | . | . | . | 6 | +16 | +18 | 0.4 | G. | 752 |
| 15 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 9 | +14 | 4.8 | . | 763 |
| 16 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 7 | +21 | . | . | 762 |
| 17 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +10 | +25 | . | 3 G. | 757 |
| 18 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +14 | +19 | 11.0 | G. | 757 |
| 19 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 9 | +21 | . | G. | 760 |
| 20 | 2 | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | 5 | +13 | +14 | 0.0 | 3 G. | 754 |
| 21 | 3 | 1 | . | 3 | . | 1 | . | . | . | . | 8 | +11 | +14 | 1.2 | . | 761 |
| 22 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +10 | +14 | . | . | 766 |
| 23 | 2 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 3 | +12 | +15 | . | . | 765 |
| 24 | 1 | . | 1 | 1 | . | 2 | . | . | . | . | 5 | +10 | +15 | . | . | 765 |
| 25 | . | 1 | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 4 | + 8 | +17 | . | G. | 766 |
| 26 | 2 | 3 | 1 | 3 | . | . | . | 1 | . | . | 10 | +11 | +16 | . | . | 763 |
| 27 | . | 1 | 2 | 2 | . | . | . | . | . | . | 5 | +11 | +17 | . | . | 765 |
| 28 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 5 | +19 | . | . | 765 |
| 29 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +11 | +17 | . | . | 761 |
| 30 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +11 | +17 | . | . | 765 |

| VII. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. | | | | | | | | | | Summe | Temp. | | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | | Mi. | Ma. | | | |
| 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +11 | +18 | . | . | 769 |
| 2 | . | . | . | . | 1 | 2 | . | . | . | . | 3 | + 9 | +19 | . | . | 768 |
| 3 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +12 | +15 | . | 3 G. | 760 |
| 4 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +10 | +15 | 13.6 | 2 G. | 758 |
| 5 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | + 9 | +12 | 2.2 | 1 G. | 758 |
| 6 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | + 9 | +14 | 5.6 | . | 757 |
| 7 | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | + 8 | +14 | . | . | 758 |
| 8 | . | . | . | . | . | 2 | . | . | . | . | 2 | +10 | +14 | . | 2 G. | 757 |
| 9 | . | 1 | 1 | . | 1 | 2 | 1 | . | . | . | 6 | + 8 | +11 | 20.7 | . | 757 |
| 10 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +10 | +15 | 10.9 | . | 759 |
| 11 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +11 | +16 | 0.7 | . | 757 |
| 12 | . | . | 1 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | 3 | +11 | +23 | 0.1 | 3 G. | 756 |
| 13 | . | . | . | 3 | 3 | . | . | . | . | . | 6 | +13 | +21 | 8.7 | 1 G. | 753 |
| 14 | . | . | . | . | 3 | . | . | . | . | . | 3 | +12 | +18 | 5.8 | 1 G. | 758 |
| 15 | . | . | . | 4 | 5 | . | . | . | . | . | 9 | + 9 | +17 | . | 3 G. | 760 |
| 16 | 1 | . | 1 | 2 | 6 | . | 2 | . | . | . | 12 | + 8 | +16 | 2.0 | . | 761 |
| 17 | 2 | . | . | . | st | . | . | . | . | . | 2 | + 9 | +18 | . | . | 757 |
| 18 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +12 | +19 | . | W. L. | 754 |
| 19 | . | . | . | 2 | . | . | 1 | . | . | . | 3 | +14 | +21 | . | 3 | 755 |
| 20 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | +15 | +20 | 4.5 | . | 755 |
| 21 | 1 | . | . | 1 | . | . | 2 | . | . | . | 4 | +14 | +17 | . | . | 754 |
| 22 | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | 3 | +13 | +18 | . | . | 762 |
| 23 | . | 1 | 1 | 1 | . | 2 | . | . | . | . | 5 | + 8 | +17 | . | . | 764 |
| 24 | . | 1 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 3 | +13 | +17 | . | . | 765 |
| 25 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | . | 3 | +10 | +18 | . | 1 G. | 764 |
| 26 | 1 | 2 | . | . | . | . | 2 | . | . | . | 5 | +13 | +20 | 2.1 | W. L. | 765 |
| 27 | . | 1 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 3 | +14 | +19 | . | W. L. | 765 |
| 28 | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | +12 | +22 | . | W. L. | 765 |
| 29 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | +14 | +21 | . | 1 G. | 767 |
| 30 | . | . | . | 2 | . | . | . | . | . | . | 2 | +12 | +20 | . | . | 768 |
| 31 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +10 | +15 | . | . | 762 |



| VIII. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | . | . | . | 1 | . | . | 7 | +10 | +15 | 8.5 | W. L. | 761 |
| 2 | . | . | . | 2 | 2 | 2 | . | . | . | . | 6 | + 9 | +14 | 6.5 | 2 G. | 758 |
| 3 | 3 | . | . | . | . | 3 | 1 | . | . | . | 7 | +10 | +15 | 3.0 | 1 G. | 764 |
| 4 | 2 | . | . | 3 | . | 1 | . | . | . | . | 6 | +10 | +15 | 3.3 | . | 758 |
| 5 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | + 9 | +17 | . | W. L. | 757 |
| 6 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | + 9 | +17 | . | . | 759 |
| 7 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +11 | +16 | . | . | 760 |
| 8 | 2 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | 3 | + 9 | +18 | . | Ш | 760 |
| 9 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | +11 | +16 | . | . | 761 |
| 10 | . | 2 | 2 | 1 | . | . | . | . | . | . | 5 | + 9 | +18 | . | . | 763 |
| 11 | . | 3 | . | 1 | . | . | 2 | . | . | . | 6 | +11 | +17 | . | . | 759 |
| 12 | 1 | 3 | . | . | . | . | . | . | . | . | 4 | + 8 | +14 | 8.0 | . | 757 |
| 13 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | + 6 | +12 | 0.9 | . | 755 |
| 14 | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | 2 | + 6 | +13 | . | 1 | 757 |
| 15 | . | . | 2 | . | . | 1 | . | . | . | . | 3 | + 9 | +14 | 16.9 | . | 759 |
| 16 | . | . | 1 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 3 | + 8 | +14 | 6.0 | . | 758 |
| 17 | . | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | . | 3 | + 9 | +15 | 0.8 | . | 758 |
| 18 | 2 | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | . | 5 | + 7 | +15 | . | 1 G. W. L. | 763 |
| 19 | 4 | . | . | 1 | . | 2 | . | . | . | . | 7 | + 9 | +15 | . | . | 764 |
| 20 | . | . | . | 1 | 2 | 1 | . | . | . | . | 4 | +11 | +15 | . | . | 765 |
| 21 | . | 3 | . | . | 3 | . | . | . | . | . | 6 | + 8 | +16 | . | . | 762 |
| 22 | . | 1 | 1 | . | 2 | . | . | . | . | . | 4 | +11 | +16 | . | . | 758 |
| 23 | . | 1 | 1 | . | st | . | . | . | . | . | 2 | +11 | +15 | 2.4 | . | 755 |
| 24 | 1 | 1 | . | . | st | . | . | . | . | . | 2 | +10 | +14 | 3.5 | . | 754 |
| 25 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 8 | +15 | . | . | 758 |
| 26 | . | . | . | 4 | . | . | . | . | . | . | 4 | +10 | +15 | 1.4 | . | 755 |
| 27 | . | 2 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 3 | +10 | +16 | 7.0 | . | 754 |
| 28 | . | 3 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 4 | +11 | +18 | 1.1 | . | 751 |
| 29 | 1 | 2 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 4 | +11 | +15 | . | W. L. | 758 |
| 30 | 1 | . | . | . | . | . | 3 | . | . | . | 4 | + 9 | +14 | 0.6 | . | 761 |
| 31 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | + 8 | +14 | 4.3 | 1 | 760 |

| IX. 08 | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +6 | +12 | 2.7 | 1 G. | 756 |
| 2 | . | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | +8 | +12 | 0.9 | . | 743 |
| 3 | . | . | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | 3 | +6 | +12 | 1.2 | . | 754 |
| 4 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +6 | +13 | . | . | 757 |
| 5 | 2 | . | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 4 | +5 | +11 | . | . | 760 |
| 6 | 3 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +5 | +11 | 0.5 | . | 763 |
| 7 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +7 | +14 | 1.2 | . | 762 |
| 8 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +7 | +17 | . | . | 762 |
| 9 | 3 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | 5 | +9 | +16 | . | . | 756 |
| 10 | . | 2 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 3 | +8 | +14 | 0.3 | Ш | 756 |
| 11 | . | 4 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 6 | +6 | +12 | . | . | 756 |
| 12 | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | +4 | +12 | . | . | 756 |
| 13 | . | . | 1 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | 3 | +5 | +11 | . | . | 759 |
| 14 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +5 | +11 | 2.2 | . | 763 |
| 15 | . | 1 | 1 | . | . | 3 | 1 | . | . | . | 6 | +7 | +13 | . | . | 765 |
| 16 | . | . | . | . | 1 | . | 4 | . | . | . | 5 | +6 | +12 | . | . | 760 |
| 17 | . | . | . | . | . | 3 | 1 | . | . | . | 4 | +7 | +12 | 0.9 | . | 765 |
| 18 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +3 | +12 | . | Ш | 770 |
| 19 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | +5 | +13 | . | | 773 |
| 20 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +4 | +11 | . | . | 775 |
| 21 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | +5 | + 9 | . | . | 774 |
| 22 | 2 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +4 | +10 | . | . | 770 |
| 23 | 4 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +4 | +12 | . | Ш | 767 |
| 24 | 3 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 4 | +5 | +13 | . | Ш | 765 |
| 25 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +6 | +14 | . | . | 766 |
| 26 | . | 1 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 3 | +5 | +14 | . | . | 766 |
| 27 | . | 3 | 2 | . | . | . | . | . | . | . | 5 | +8 | +12 | 1.7 | 2 G. | 758 |
| 28 | . | 1 | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 4 | +8 | +12 | 3.1 | . | 760 |
| 29 | . | 1 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 3 | +8 | +13 | . | . | 770 |
| 30 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +7 | +14 | . | Ш | 772 |

| X. 08. | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | 1 | . | . | 3 | +8 | +5 | . | ≡ | 771 |
| 2 | . | 2 | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 5 | +7 | +16 | . | ≡ | 769 |
| 3 | . | 3 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 4 | +7 | +16 | 0.1 | ≡ | 769 |
| 4 | 1 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 3 | +9 | +17 | . | ≡ | 766 |
| 5 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | . | 1 | 1 | . | . | 9 | +8 | +12 | . | ш | 763 |
| 6 | 4 | . | 1 | . | . | . | 2 | . | . | . | 7 | +4 | +10 | . | . | 772 |
| 7 | . | 1 | . | . | . | . | 3 | . | . | . | 4 | +1 | +11 | . | ⌴ | 772 |
| 8 | . | 4 | . | . | . | . | 1 | 1 | . | . | 6 | +3 | +11 | . | ⌴ | 767 |
| 9 | . | 3 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 5 | +1 | +11 | . | ⌴ | 768 |
| 10 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | +2 | +14 | . | ⌴ | 764 |
| 11 | . | . | 3 | 1 | . | . | . | . | . | . | 4 | +5 | +13 | . | ⌴ | 766 |
| 12 | . | . | . | . | 2 | . | . | . | . | . | 2 | +4 | +11 | . | ≡ | 773 |
| 13 | 3 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 5 | +4 | +10 | 0.3 | ≡ | 770 |
| 14 | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | 2 | +3 | +12 | . | ≡ | 767 |
| 15 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 2 | +4 | +12 | 0.2 | ≡ | 767 |
| 16 | . | . | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 2 | +5 | +10 | . | . | 767 |
| 17 | . | 1 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | 3 | +7 | +11 | . | . | 766 |
| 18 | 3 | . | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 5 | +6 | +9 | 0.1 | . | 772 |
| 19 | 1 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | 3 | ±0 | +3 | . | . | 778 |
| 20 | . | 2 | 1 | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 5 | —2 | +2 | . | * Δ | 778$^{5}$ |
| 21 | . | 3 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 5 | —3 | +3 | . | * | 774 |
| 22 | 1 | 1 | . | . | 1 | . | 4 | . | . | . | 7 | ±0 | +4 | 1.5 | * | 774 |
| 23 | 2 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 3 | —1 | +2 | . | . | 774 |
| 24 | 1 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 3 | +1 | +8 | . | ≡ | 771 |
| 25 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +2 | +8 | 0.1 | . | 767 |
| 26 | . | . | 1 | 2 | . | . | . | . | . | . | 3 | +2 | +7 | . | . | 770 |
| 27 | . | . | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | 3 | +3 | +11 | . | . | 770 |
| 28 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +2 | +10 | . | ⌴ ≡ | 773 |
| 29 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +2 | +11 | . | ≡ | 771 |
| 30 | 1 | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 4 | +6 | +9 | 1.1 | . | 769 |
| 31 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 6 | +2 | +8 | . | . | 771 |

| XI. 08. | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | . | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | 3 | +4 | +7 | 0.0 | . | 773 |
| 2 | . | . | . | . | . | . | 3 | . | . | . | 3 | +3 | +5 | . | . | 771 |
| 3 | . | 2 | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | 5 | ±0 | +5 | . | . | 769 |
| 4 | . | . | 1 | . | . | . | 7 | . | . | . | 8 | —4 | +3 | . | ⌴ | 762 |
| 5 | . | . | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | 3 | —2 | +3 | 0.8 | . | 765 |
| 6 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | —1 | +2 | 0.3 | ш | 763 |
| 7 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | —4 | +2 | . | . | 765 |
| 8 | . | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | 2 | —3 | +1 | 3.2 | * * | 758 |
| 9 | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | —8 | +1 | . | . | 760 |
| 10 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | —5 | +2 | . | . | 765 |
| 11 | . | . | 1 | . | . | . | 2 | . | . | . | 3 | —5 | +1 | . | . | 767 |
| 12 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | —4 | +5 | . | . | 763 |
| 13 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | +2 | +2 | 2.5 | . | 761 |
| 14 | . | 2 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 4 | —3 | ±0 | . | . | 773 |
| 15 | . | 4 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 5 | —7 | —2 | . | . | 779 |
| 16 | . | 1 | . | . | 2 | 1 | 1 | . | 2 | . | 7 | —8 | +2 | . | . | 777 |
| 17 | 3 | . | . | 1 | 1 | . | 4 | . | . | . | 9 | —5 | +4 | . | . | 765 |
| 18 | 6 | . | . | 2 | . | 1 | 5 | 1 | . | . | 15 | +1 | +6 | 0.3 | . | 762 |
| 19 | 7 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 8 | +3 | +5 | 0.1 | ш WL. | 749 |
| 20 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +5 | 0.5 | * Δ | 755 |
| 21 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +2 | 1.9 | * | 753 |
| 22 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +5 | 1.2 | . | 754 |
| 23 | 3 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 4 | +2 | +6 | 5.0 | . | 740 |
| 24 | . | . | . | . | 1 | . | . | 1 | . | . | 2 | +2 | +2 | 0.6 | . | 766 |
| 25 | . | . | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 2 | —2 | +5 | 1.7 | . | 772 |
| 26 | . | . | 1 | . | 2 | 1 | . | . | . | . | 4 | +3 | +5 | 0.0 | . | 757 |
| 27 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +3 | +4 | 1.3 | . | 762 |
| 28 | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | . | 2 | +3 | +6 | 0.0 | ≡ | 768 |
| 29 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | +1 | +5 | . | ≡ | 769 |
| 30 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | 2 | ±0 | +6 | 0.5 | . | 772 |



| XII. 08. | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | 2 | +1 | +5 | 0.0 | . | 770 |
| 2 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +4 | +6 | 0.15 | . | 767 |
| 3 | . | . | . | 3 | . | . | . | . | . | . | 3 | +4 | +6 | 0.7 | . | 763 |
| 4 | . | . | 1 | 3 | . | . | . | . | . | . | 4 | —1 | +2 | 0.3 | . | 770 |
| 5 | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | . | . | 3 | —3 | +2 | . | . | 771 |
| 6 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | 1 | . | 3 | —6 | —1 | . | V | 771 |
| 7 | . | 1 | . | . | 1 | 1 | . | . | 2 | . | 5 | —2 | +2 | . | . | 765 |
| 8 | . | 1 | 2 | . | 1 | . | . | . | . | . | 4 | —1 | +4 | 0.6 | . | 765 |
| 9 | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | 4 | ±0 | +3 | . | . | 761 |
| 10 | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 3 | ±0 | +3 | . | . | 756 |
| 11 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 3 | . | 5 | —1 | ±0 | 0.2 | △ ш | 738 |
| 12 | . | 4 | . | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | 7 | —1 | +2 | 1.0 | . | 743 |
| 13 | 3 | 5 | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | 10 | ±0 | +3 | . | ≡ | 755 |
| 14 | 6 | 5 | . | . | . | . | . | . | . | . | 11 | ±0 | +5 | . | . | 759 |
| 15 | st. | 2 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | st. | +2 | +5 | . | . | 755 |
| 16 | 3 | . | 1 | 1 | 2 | . | . | 1 | . | . | 8 | ±0 | +2 | . | . | 757 |
| 17 | . | . | . | 1 | 2 | 1 | . | . | 3 | . | 7 | —3 | ±0 | . | V | 759 |
| 18 | . | . | . | 1 | 2 | 1 | . | . | . | . | 4 | —2 | +1 | . | V | 756 |
| 19 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | ±0 | +3 | 0.7 | ~ | 756 |
| 20 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +3 | . | ≡ | 771 |
| 21 | . | . | 1 | . | . | . | 2 | . | . | . | 3 | —1 | ±0 | . | ≡ | 774 |
| 22 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | —3 | ±0 | . | V ≡ | 775 |
| 23 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | —2 | +3 | . | V | 773 |
| 24 | . | . | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | 3 | —2 | —1 | . | V ≡ | 770 |
| 25 | . | . | 1 | . | 1 | . | 3 | . | . | . | 5 | —2 | ±0 | . | V | 765 |
| 26 | . | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 3 | —3 | —3 | 2.8 | * | 764 |
| 27 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | —9 | —4 | 3.6 | * | 761 |
| 28 | . | . | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | 3 | —13 | —9 | . | V | 765 |
| 29 | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 3 | —13 | —10 | . | . | 767 |
| 30 | 3 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | 4 | —13 | —7 | 1.0 | * | 765 |
| 31 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | —10 | —7 | 7.0 | * | 776 |

| I. 09. | Zahl der Anfälle bei Nr. I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | 1 | . | 1 | 1 | . | . | . | 2 | . | 5 | —13 | —8 | . | . | 781 |
| 2 | 2 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 4 | —16 | +1 | . | . | 781 |
| 3 | 1 | . | . | 1 | . | . | 1 | . | 1 | . | 4 | —7 | +2 | 0.1 | ≡ | 776 |
| 4 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +1 | +4 | 0.1 | ≡ | 774 |
| 5 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +2 | +4 | 0.1 | ш | 775 |
| 6 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | +3 | +3 | 0.1 | . | 773 |
| 7 | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 2 | ±0 | +2 5 | 0.1 | . | 762 |
| 8 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | 2 | . | 4 | ±0 | +2 | 0.5 | ш | 743 |
| 9 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | —1 | +2 | 1.6 | . | 754 |
| 10 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | —1 | ±0 | . | ⌴ | 762 |
| 11 | . | . | . | 2 | . | . | . | . | . | . | 2 | —2 | +2 | 0.1 | ш △ | 755 |
| 12 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | —1 | +3 | 0.6 | ш △ T. | 744 |
| 13 | 2 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | 1 | . | 5 | ±0 | +1 | 4.2 | ш | 751 |
| 14 | . | 3 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | 5 | —2 | +2 | 1.8 | ш * | 735 |
| 15 | . | 3 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 4 | +1 | +5 | 3.1 | . | 745 |
| 16 | . | 4 | 1 | . | 1 | . | 1 | . | . | . | 7 | —3 | +3 | 7.3 | . | 754 |
| 17 | . | 2 | 1 | 2 | 1 | . | 1 | . | . | . | 7 | ±0 | +3 | 0.5 | * | 756 |
| 18 | . | 1 | . | 1 | 3 | . | 1 | . | . | . | 6 | ±0 | +3 | 0.1 | . | 770 |
| 19 | . | . | 1 | 1 | . | 3 | . | . | . | . | 5 | —1 | ±0 | . | . | 770 |
| 20 | . | . | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | 3 | —1 | +1 | . | . | 768 |
| 21 | . | . | . | . | . | 2 | 1 | . | . | . | 3 | ±0 | +2 | . | * | 773 |
| 22 | . | . | 1 | . | . | 2 | . | . | . | . | 3 | ±0 | ±0 | 0.7 | △ | 775 |
| 23 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | —6 | —4 | . | . | 773 |
| 24 | . | . | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 2 | —6 | —1 | . | . | 773 |
| 25 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | —7 | +7 | . | . | 775 |
| 26 | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 2 | —3 | +2 | . | V2 | 776 |
| 27 | 3 | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 4 | ±0 | ±1 | . | . | 776 |
| 28 | . | . | 2 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | —3 | —3 | . | . | 776 |
| 29 | . | . | 1 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | 3 | —5 | —2 | . | . | 772 |
| 30 | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | . | 2 | —6 | ±0 | 0.2 | * | 751 |
| 31 | . | 1 | 1 | 2 | . | . | 1 | . | . | . | 5 | —4 | —1 | 2.9 | * | 744 |

| II. 09. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | 2 | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | —5 | ±0 | 2.5 | * | 746 |
| 2 | 1 | 3 | . | 2 | . | 2 | . | . | . | 2 | 10 | —6 | ±0 | 1.3 | * | 757 |
| 3 | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | 3 | —5 | +3 | 3.4 | * | 748 |
| 4 | . | . | 1 | . | . | 1 | 1 | . | 1 | . | 4 | +1 | +4 | 7.5 | . | 745 |
| 5 | 1 | . | 1 | 1 | 1 | 1 | . | . | 2 | . | 7 | +2 | +3 | 0.3 | Ш | 751 |
| 6 | 2 | . | . | . | 1 | 1 | 1 | . | . | . | 5 | ±0 | ±0 | 1.9 | * | 756 |
| 7 | . | . | . | . | 2 | 1 | . | . | . | . | 3 | —5 | ±0 | 1.6 | . | 765 |
| 8 | . | . | 2 | . | 3 | 1 | 2 | . | 1 | . | 9 | —3 | $+0_5$ | . | . | 769 |
| 9 | . | . | . | . | . | 1 | 3 | . | 1 | . | 5 | —7 | —1 | . | . | 770 |
| 10 | . | . | . | . | 4 | . | 8 | . | 1 | . | 13 | —5 | —2 | . | Vn | 758 |
| 11 | . | . | . | 2 | . | . | . | . | . | . | 2 | —9 | —6 | . | . | 763 |
| 12 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | —10 | —3 | . | . | 768 |
| 13 | . | . | 2 | 1 | . | 2 | 8 | . | 2 | . | 15 | —6 | ±0 | . | * | 768 |
| 14 | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | . | 1 | —4 | +2 | 0.1 | * | 770 |
| 15 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | 1 | 1 | 4 | ±0 | +3 | 0.7 | Ш | 752 |
| 16 | . | 1 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | 2 | —2 | +2 | . | * | 754 |
| 17 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | . | . | . | 2 | —4 | ±0 | 2.2 | * | 757 |
| 18 | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | 1 | . | 4 | —8 | ±0 | 0.1 | Vn * | 763 |
| 19 | . | 2 | . | . | . | . | . | . | 1 | . | 3 | —2 | +1 | 0.2 | * | 767 |
| 20 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | ±0 | +1 | 0.5 | ≡ | 772 |
| 21 | . | 2 | 1 | . | 1 | . | . | . | 1 | . | 5 | ±0 | ±0 | 0.1 | . | 773 |
| 22 | . | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | . | . | 1 | 10 | —1 | +1 | 0.1 | * | 775 |
| 23 | . | 4 | . | . | 1 | 2 | . | . | . | . | 7 | —5 | +1 | . | Vn | 775 |
| 24 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | . | . | . | 3 | 1 | 11 | —4 | —1 | . | . | 774 |
| 25 | . | 1 | 1 | . | 1 | . | . | . | 1 | . | 4 | —6 | —3 | . | * | 773 |
| 26 | 1 | . | . | . | 1 | 1 | 2 | 1 | . | 1 | 7 | —5 | —1 | . | * | 773 |
| 27 | 2 | . | . | . | 5 | . | 2 | 1 | . | . | 10 | —2 | +2 | . | Δ * | 769 |
| 28 | 1 | 1 | 2 | 1 | . | . | 3 | . | . | . | 8 | —3 | +2 | . | * | 762 |

| III. 09. | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | Summe | Temp. Mi. | Temp. Ma. | Nied. Schl. | Sonst. Ereig. | Barom. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . | 2 | ±0 | +1 | 10.8 | * | 752 |
| 2 | 1 | . | . | 1 | . | . | 1 | . | 1 | . | 4 | —3 | —1 | 0.4 | * | 749 |
| 3 | . | . | . | 1 | . | . | 9 | . | 1 | . | 11 | —3 | —2 | 11.0 | Ш * | 739 |
| 4 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | —7 | +3 | 2.5 | * | 747 |
| 5 | . | . | 1 | 2 | 1 | . | . | . | 1 | 1 | 6 | —6 | +1 | 0.0 | V ≡ * | 749 |
| 6 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | 2 | —6 | +1 | . | . | 756 |
| 7 | 1 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | 3 | —9 | +2 | . | . | 758 |
| 8 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | . | 2 | —5 | +1 | . | . | 757 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | . | . | 1 | . | . | 1 | . | 5 | ±0 | +1 | . | . | 762 |
| 10 | . | . | 1 | 1 | 1 | 1 | . | . | . | . | 4 | —1 | ±0 | . | . | 763 |
| 11 | . | 1 | 1 | . | . | 2 | . | . | . | . | 4 | —3 | +1 | . | Ш | 763 |
| 12 | . | 3 | . | 1 | 2 | 1 | 1 | . | . | . | 8 | —3 | ±0 | . | Δ * | 758 |
| 13 | . | 2 | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 4 | —1 | +2 | 1.9 | . | 752 |
| 14 | 1 | 3 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 6 | —1 | $+2_5$ | 0.0 | . | 748 |
| 15 | 1 | 2 | 1 | . | . | . | 1 | . | . | . | 5 | —7 | +1 | 0.3 | . | 746 |
| 16 | . | 3 | . | . | . | . | . | . | . | . | 3 | —4 | ±0 | . | . | 748 |
| 17 | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | —5 | +2 | . | . | 750 |
| 18 | . | . | . | 1 | . | . | 1 | . | . | . | 2 | —6 | +3 | . | . | 758 |
| 19 | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 2 | . | 3 | —4 | +5 | . | . | 759 |
| 20 | . | . | 1 | . | . | . | 1 | 1 | . | 3 | 6 | ±0 | +6 | . | . | 759 |
| 21 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1 | $+0_5$ | +5 | . | . | 758 |
| 22 | . | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | 2 | +1 | +6 | 5.7 | . | 756 |
| 23 | . | . | 1 | . | 3 | 1 | st. | . | . | . | st. | +2 | +5 | 0.1 | . | 756 |
| 24 | . | . | . | 2 | . | 1 | . | . | . | . | 3 | +1 | +4 | 5.0 | . | 757 |
| 25 | . | . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | 1 | +1 | +5 | 1.6 | . | 750 |
| 26 | 1 | . | 2 | 1 | . | 2 | . | . | . | . | 6 | +1 | +9 | 5.7 | . | 742 |
| 27 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | +1 | +5 | . | . | 752 |
| 28 | 1 | . | 1 | . | . | . | 1 | 1 | . | . | 4 | ±0 | +6 | . | . | 761 |
| 29 | . | . | 1 | . | 1 | . | . | . | . | . | 2 | +1 | +10 | . | . | 755 |
| 30 | . | . | . | . | 1 | . | . | . | 1 | . | 2 | +6 | +13 | . | . | 750 |
| 31 | . | . | . | . | 2 | . | . | . | . | . | 2 | +5 | +9 | 2.0 | . | 758 |

der atmosphärischen Luft für den Organismus nur dann eine schädigende Bedeutung erlangt, wenn die Sättigung des Hämoglobins unmöglich gemacht wird, was nur unter gewissen Verhältnissen eintritt.

Für unsere Untersuchungen kamen Störungen der Zusammensetzung der atmosphärischen Luft nicht in Betracht.

### b) Einwirkung der Luftwärme.

Die physiologischen Wirkungen der Luftwärme auf den Organismus sind an und für sich schon sehr schwer zu beurteilen, da sie nach *Rubner* (25) von der gleichzeitig bestehenden Luftfeuchtigkeit, die einen wichtigen Wärmefaktor darstellt, abhängig sind. Die physiologische Wirkung der klimatischen Temperatur ist nicht allein von der Luftwärme in meteorologischem Sinne abhängig, sondern auch von der Sonnenbestrahlung und der terrestrischen Bestrahlung.

Wir haben nicht nachweisen können, daß die Luftwärme auf epileptische Kranke, resp. die Auslösung epileptischer Anfälle einen Einfluß gehabt hat, wie aus der Zusammenstellung ersichtbar ist.

Es hat sich herausgestellt, daß die Anfälle der Epileptiker unabhängig sind von der mittleren Monatstemperatur, wobei natürlich nicht ausgeschlossen ist, daß bei erhöhter Lufttemperatur gelegentlich auch einmal epileptische Krampfanfälle in die Erscheinung treten können, besonders wenn noch ein hoher, relativer Feuchtigkeitsgrad der Atmosphäre, der die Verdunstung der Hautsekrete erschwert, hinzukommt [*Knecht* (9)].

### c) Einwirkung des Lichtes, der Besonnung und der Bewölkung.

Aus den Untersuchungen *Rieders* (23) geht hervor, daß das Licht einen für die Gesundheit wichtigen Lebensreiz darstellt, vornehmlich während der Periode des Wachstums, und daß ferner die Psyche des Menschen durch das Licht günstig beeinflußt wird. Dieser psychische Einfluß erfolgt in erster Linie durch die Retina, außerdem auch durch die Haut.

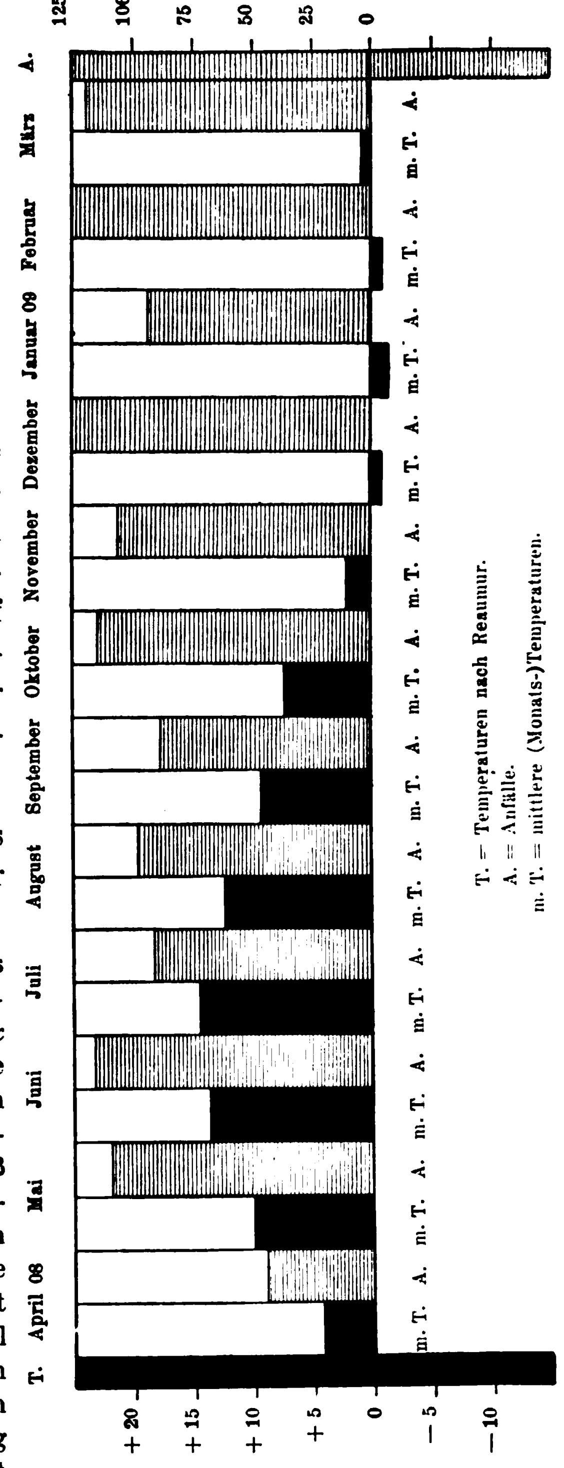
Unsere Untersuchungen haben ergeben, daß Licht, Besonnung und Bewölkung keine Einwirkung auf unsere epileptischen Kranken haben.

### d) Einwirkung der Luftfeuchtigkeit und der Niederschläge.

Die Feuchtigkeitsverhältnisse eines Ortes werden im wesentlichen durch den Wasserdampfgehalt der Luft und die Quantität und Form



der Niederschläge bedingt [*Hann* (8)]. Hohe Temperaturen bei hohem Feuchtigkeitsgehalt der Luft führen durch Wärmestauung zu einer Steigerung der Körperwärme und unter Umständen zu einer vermehrten Stoffzersetzung. Die Niederschläge selbst spielen keine Rolle, wie wir auch gefunden haben, daß für unsere Fälle von Epileptikern die Niederschläge keine Beziehungen zu den epileptischen Anfällen hatten; in bezug auf die Luftfeuchtigkeit verweisen wir auf die unter b angegebenen Beobachtungen.




## e) Einwirkung des Luftdruckes und der Luftbewegungen.

Die Schwankungen des Luftdruckes an ein und demselben Orte sind nach *Glax* (7) so unbedeutend, daß sie auf die Lebensvorgänge im gesunden Organismus wahrscheinlich keinen Einfluß haben. Die mechanische Wirkung des Luftdruckes, dem man in früherer Zeit eine große Bedeutung zuerkannt hat, ist nicht so groß, weil alle inneren und äußeren Körperflächen bei Änderungen des Lufdruckes gleichmäßig betroffen werden, doch ruft

die Verminderung des Luftdruckes eine Ausdehnung der Magen- und Darmgase hervor, so daß das Zwerchfell in die Höhe gedrängt und die Respiration erschwert wird. *von Vivenot* (26), später *Lazarus* und *Schirmunski* (15) und *von Liebig* (16) haben nachgewiesen, daß die Vitalkapazität verringert wird, außerdem steigt die Atemfrequenz [*Mosso* (20)], und die Atemgröße nimmt ab, während die Respiration verflacht wird. [*Löwy* (17)]. Die Angaben der Autoren über die Einwirkung des atmosphärischen Druckes auf den Blutdruck stimmen nicht überein, *Löwy* (18), *Fränkel* (6) und *Gebbert* (6) können einen sicheren Einfluß der Luftveränderung auf den Blutdruck nicht anerkennen. Die physiologischen Wirkungen des erhöhten Luftdruckes haben nur geringe Bedeutung, denn der Mensch, der kaum eine Druckverminderung unter einer halben Atmosphäre vertragen kann, wird durch eine Erhöhung des Druckes von 2 bis 3 Atmosphären nicht geschädigt. Es wurde experimentell festgestellt, daß bei erhöhtem Luftdrucke die Vitalkapazität zunimmt, die Atemfrequenz dagegen sinkt. Die Herztätigkeit wird gesteigert, die Arterienspannung und der Blutdruck erfahren eine leichte Zunahme bei anfänglicher Verlangsamung des Pulses.

Die physiologische Wirkung der Luftbewegung beruht in erster Linie auf einer Steigerung der Wärmeabgabe des Körpers durch die Lungen und durch die Haut, sowie auf einer folgenden Erhöhung der Wärmeentziehung. Im allgemeinen ist der Einfluß des Windes auf die physiologischen Funktionen des Körpers genau der gleiche, wie der anderer Wärmeentziehungen.

Unsere Untersuchungen und Beobachtungen haben gleich denen von *Lomer* ergeben, daß die Druckverhältnisse der atmosphärischen Luft auf unsere Epileptiker, wenn auch nicht regelmäßig, so doch sehr häufig von Einfluß sind. Es hat sich ferner herausgestellt, daß große und vor allen Dingen plötzlich einsetzende Schwankungen des barometrisches Druckes die epileptischen Anfälle beeinflussen können und zwar in der Weise, daß erstens die Auslösung der Anfälle erleichtert wird und andererseits die Anfälle gehäuft auftreten. Die dauernde gleichbleibende Höhe des Luftdruckes oder seine dauernde Tiefe ist indessen ohne Einfluß; auch besteht in bezug auf Auslösung oder Häufigkeit der epileptischen Anfälle kein Unterschied zwischen dem plötzlichen Fallen oder plötzlichen Steigen des Barometerdruckes. Tritt der Abfall oder das Steigen der Druckkurve langsam, mehr lytisch ein, wenn ich mich so ausdrücken darf, so haben wir einen Einfluß auf die Anfallkurve nicht feststellen können. Allerdings läßt sich, wie ich schon angedeutet habe, in dieser Richtung keine absolute Regel für alle Epileptiker aufstellen. Denn ich muß zugeben, daß





ich gelegentlich einen Anstieg der Anfallkurve beobachtet habe, wenn die Barometerkurve ohne größere Schwankungen sich längere Zeit auf ziemlich gleicher Höhe hielt. Ich habe auch die Summe der Anfälle der zehn Epileptiker in einer Gesamtkurve vereinigt und sie mit der barometrischen Druckkurve verglichen; auch hier dasselbe Ergebnis, wie bei den Anfällen der einzelnen Kranken. Die Luftbewegung, auch Sturm hat nicht den geringsten Einfluß auf epileptische Kranke. Die Kurven S. 270 u. 271 stellen einige Beispiele meiner Untersuchungsergebnisse dar, die ein Zusammenfallen von Wettersturz und einen Anstieg der Anfallkurven der Epileptiker beweisen. Darreichungen von Bromsalzen und Epileptol spielen bei dem Einflusse des Luftdruckes auf epileptische Anfälle offenbar keine Rolle.

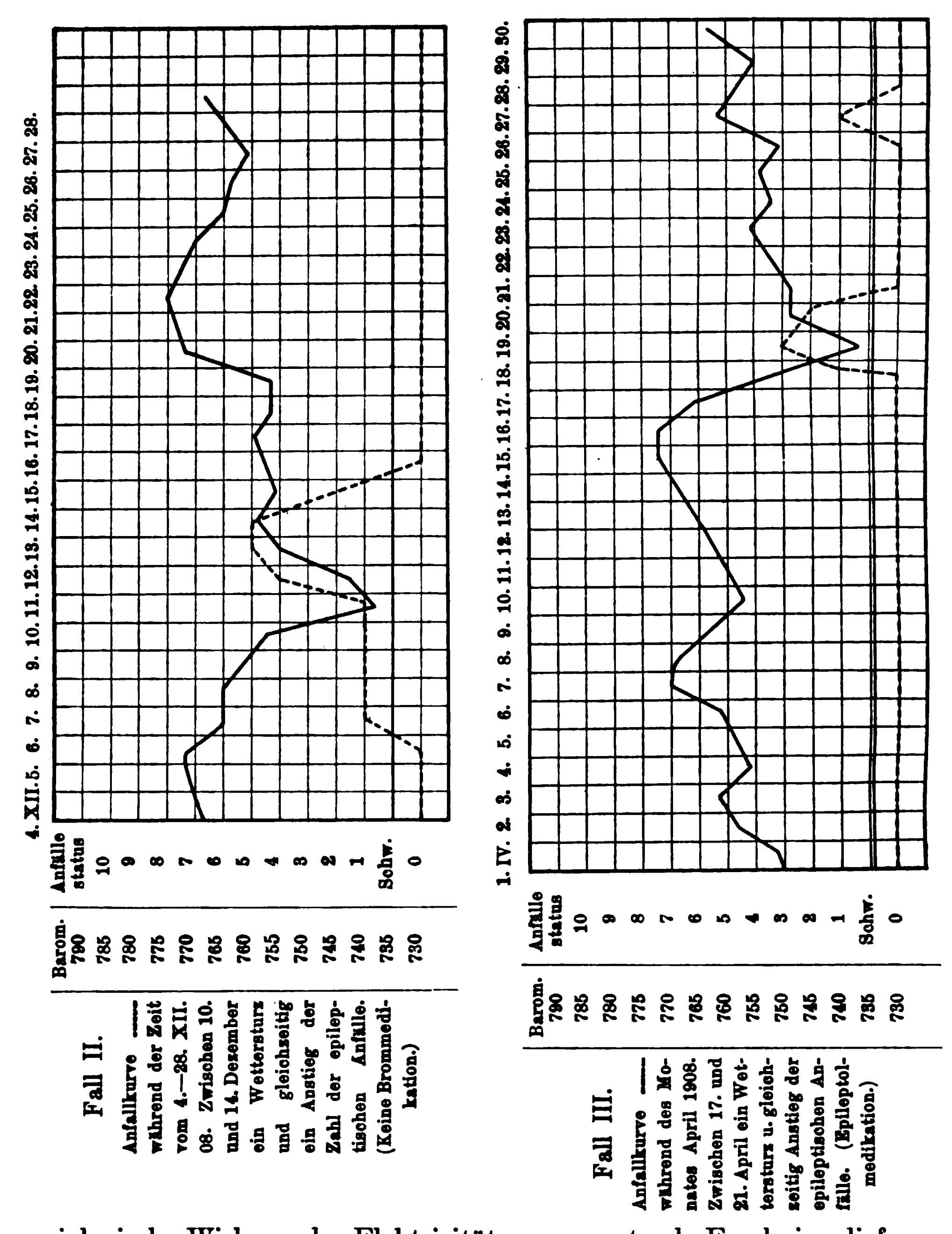
f) Einfluß des elektrischen Verhaltens der Atmosphäre.

Unsere Kenntnisse über die Luftelektrizität beziehungsweise deren physiologische Wirkungen auf den Menschen sind noch sehr gering. Untersuchungen aus den letzten Jahren von *Exner*, *Geitel*, *Gockel* und vor allen Dingen von *Zuntz*, *Löwy*, *Franz Müller* und *W. Caspari* haben allerdings ergeben, daß die Wirkung der Elektrizität auf den Menschen im Gebirge am deutlichsten in die Erscheinung tritt; im großen und ganzen sind aber wie gesagt unsere Kenntnisse der Wirkung der Luftelektrizität in physiologischer Beziehung wenig erweitert, die neueren Entdeckungen haben nur ergeben, daß das gesteigerte elektrische Potentialgefälle und die Jonisation der Luft auf den Menschen gewissen Einfluß ausüben und daß das Gewitter in gewissen Fallwinden auch auf das Nervensystem des Menschen einwirken kann.

Bei meiner Untersuchung hat sich herausgestellt, daß gelegentlich bei gehäuften Gewittern zahlreiche epileptische Anfälle ausgelöst werden, ohne indes von einem direkten ursächlichen Zusammenhange sprechen zu können.

## III.

Aus meinen Untersuchungen und Beobachtungen geht hervor, daß unter den meteorologischen Erscheinungen nur die Luftdruckverhältnisse einen Einfluß auf unsere Epileptiker haben können, wobei ich vom gelegentlichen Einfluß des elektrischen Verhaltens der Atmosphäre absehe, die uns erstens nicht regelrecht erscheint, und von deren Einwirkung wir uns bis heute noch keine Vorstellung machen können. Es ist indessen nicht ausgeschlossen, daß eingehende Beobachtungen verbunden mit erweiterten Kenntnissen über die phy-




siologische Wirkung der Elektrizität zu verwertende Ergebnisse liefern können. Vorläufig müssen wir einen Einfluß der elektrischen Verhältnisse der Atmosphäre auf unsere Epileptiker, beziehungsweise auf die Auslösung der epileptischen Anfälle verneinen. Des weiteren haben Luftwärme, Luftfeuchtigkeit, Besonnung und Bewölkung

**Fall IV.** Anfallkurve ----- während der Zeit vom 16. I.—13. II. 1909. Zwischen 31. I. und 13. II. Wettersturz und starke Schwankungen des Luftdruckes. Gleichzeitig gehäufte epileptische Anfälle. (Brommedikation.)

Gesamtanfallkurve ----- der 10 Untersuchungsfälle. Während des Wettersturzes zwischen 11. und 16. Dezember 1908 sehr gehäufte Anfälle. (Teils Brommedikation, teils ohne Bromgaben.)

ebensowenig Einfluß auf epileptische Kranke wie Niederschläge und die allgemeine Zusammensetzung der Atmosphäre selbst. Gelegentlich mag einmal langdauernde, drückende Hitze, wenn noch ein sehr hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft vorherrscht, begünstigend auf die Auslösung der epileptischen Anfälle wirken. Es bleibt also nur der atmo-

sphärische Druck übrig. Und in der Tat, es läßt sich im Gegensatze zu *Reich* (22) nicht bestreiten, daß Schwankungen des atmosphärischen Druckes gelegentlich imstande sind, die epileptischen Anfälle auszulösen und weiter ihr Vorkommen zu häufen, und zwar kommen nur plötzlich und schnell einsetzende Schwankungen in Betracht, wobei es gleichgiltig ist, ob die Barometerkurve (um mich kurz auszudrücken) plötzlich fällt oder plötzlich steigt. Langsam sich vorbereitende Schwankungen des atmosphärischen Druckes üben anscheinend keinen Einfluß auf die epileptischen Anfälle aus. Allerdings können wir von einer Regel dieser Erscheinung nicht sprechen, es müssen sicher noch andere Faktoren vorhanden sein, die gleichzeitig mit den Schwankungen des Luftdruckes wirken, und die möglicherweise psychischer Natur sind. Die Frage wird nun sein, die Ursachen dieser Erscheinung zu ergründen und zu beweisen. Die Auffassungen *Lomers* (13. 14), daß der hochgradig reizempfindliche Organismus der Epileptiker sehr intensiv auf derartige atmosphärische Druckschwankungen reagiert, und daß bei epileptisch Kranken eine mangelhafte Anpassungsfähigkeit an die genannten meteorologischen Reize besteht, sind meines Erachtens nach etwas zu allgemein gehalten.

Um die Einwirkungen der meteorologischen Erscheinungen auf die Auslösung der epileptischen Anfälle, und um diese handelt es sich in erster Linie, zu verstehen und zu begründen, ist es notwendig, in aller Kürze auf die Auffassungen der Autoren über die Genese der epileptischen Anfälle, beziehungsweise die Ursache der Epilepsie selbst zurückzukommen.

Wir folgen den grundlegenden Ausführungen *Binswangers* (3), der zu Resultaten kommt, die er in Leitsätzen niedergelegt hat, von denen wir die wichtigsten anführen wollen. Der Sitz der epileptischen Veränderungen muß auf das ganze Gehirn verlegt werden, eine Auffassung, durch die alle die verschiedenartigsten Krankheitszustände und Erscheinungen der Epilepsie erklärt werden, sowohl psychische Störungen als auch Anfälle. Der gestörten Tätigkeit der Hirnrinde fällt der Hauptanteil der Erkrankung zu. Die Natur dieser epileptischen Veränderungen ist noch nicht aufgeklärt, die wahrscheinlich eine ganz besondere Form abnormer Erregungszustände der Zentrallappen des Großhirnes darstellt.

Die typisch-epileptischen Anfälle entspringen höchst wahrscheinlich einer primären Rindenentladung; doch ist zum Zustandekommen der Konvulsionen eine intensive und im Beginne der Krämpfe einsetzende Miterregung der infrakortikalen motorischen Zentrallappen (der Stamm-

ganglien, des pons und der medulla oblongata) durchaus notwendig. Wenn wir uns über die physio-pathologischen Vorgänge bei Krampfanfällen klar werden wollen, so ist es bemerkenswert, daß Autoren wie *Travers, Marshal* und *Cooper* auf die Verwandtschaft mit Verblutungs krämpfen und Konvulsionen nach Abschneiden der arteriellen Blutzufuhr und Zuständen epileptischer Natur aufmerksam gemacht haben. In der Folgezeit haben sich vor allen Dingen *Tenner* und *Kußmaul* mit der Ergründung der Ursache der epileptischen Anfälle beschäftigt. *Binswanger* faßt die Ergebnisse dieser Autoren in zwei Thesen zusammen, von denen ich die uns interessierende II. im Wortlaute wiedergebe:

„II. Diese funktionelle Störung der zentralen Innervation wird höchstwahrscheinlich vermittelst Erregung der vasomotorischen Nerven, resp. deren Zentren, in der medulla oblongata zustande kommen. Dieser pathologische Reizzustand bedingt Anämie der Großhirnrinde (Bewußtlosigkeit) und der „excitomotorischen" Teile des Mittelhirns (Konvulsionen).

Nicht weniger wichtig sind die Untersuchungen und Experimentalergebnisse *Magnans* (19) an epileptisch gemachten Hunden über Puls und Blutdruck während der epileptischen Anfälle. Während der Dauer des tonischen Krampfes wird der Puls frequenter und der Blutdruck steigt rasch in die Höhe, während mit dem Beginn des klonischen Stadiums der Krämpfe die entgegengesetzten Erscheinungen sich zeigen.

Es würde im Rahmen dieser Auseinandersetzung zu weit führen noch näher und weiter auf Untersuchungen einzugehen, die bei der Ergründung über das Zustandekommen der epileptischen Anfälle auf Veränderungen basieren, die im Gefäßsystem resp. in vasomotorischen Faktoren beruhen Jedenfalls möchte ich aber ganz besonders betonen, daß auch in der Epilepsiefrage das Gefäßsystem, resp. Veränderungen desselben, ihre Rolle spielen.

Betrachten wir nun das Ergebnis meiner Untersuchung im Hinblicke auf die Tatsache, daß bei dem Entstehen und der Auslösung epileptischer Anfälle das Gefäßsystem resp. abnorme Verhältnisse desselben in Betracht kommen, so möchte ich es für sehr möglich halten, daß die Schwankungen des atmosphärischen Druckes, besonders wenn sie plötzlich und unvermittelt einsetzen, in erster Linie auf das Gefäßsystem einwirken und zwar in der Weise, daß der vielleicht durch die Epilepsie krankhaft veränderte Tonus des Gefäßsystems durch den jähen Druckwechsel der Atmosphäre irritiert wird. Das mag in der Weise zu erklären sein, daß das Gefäßsystem der Epileptiker eine mangelhafte Anpassungfähigkeit auf Reize besitzt, die durch die plötzlichen Schwankungen des Luftdruckes hervorgerufen werden, und daß diese ungenügende Anpassungfähigkeit — eine





verminderte Widerstandsfähigkeit — die Ursache für die Auslösung der epileptischen Anfälle abgibt. Indessen spielen sicher noch andere Faktoren gleichzeitig mit, da das häufige Zusammenfallen von Wetterstürzen und Ansteigen der Anfälle der Epileptiker nicht regelrecht in bie Erscheinung tritt. Ob die Vorschläge in therapeutischer Hinsicht, die Kranken an Orte zu bringen, an denen ein möglichst beständiger darometrischer Druck herrscht, von Erfolg gekrönt werden, erscheint mir ebenso fraglich, wie der Erfolg des Vorschlages, mit größeren Bromgaben bei bevorstehendem Wettersturze bereits prophylaktisch einzusetzen, denn, wie gesagt, ich habe mich auch nicht überzeugen können, daß die Brommedikation überhaupt auf die Beziehungen der Anfälle zur barometrischen Druckkurve irgendeinen Einfluß hat.

Ich fasse die Ergebnisse meiner Untersuchungen und Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

I. Die Zusammensetzung der atmosphärischen Luft, die Luftwärme, Licht, Besonnung, Bewölkung, Luftfeuchtigkeit und Niederschläge haben keinen Einfluß auf die Epilepsie, beziehungsweise die Auslösung epileptischer Anfälle.

II. Luftdruckschwankungen, die plötzlich und unvermittelt auftreten, scheinen durchweg in Beziehung zur Auslösung und Häufigkeit der Anfälle epileptischer Kranken zu stehen. Die Höhe und die Tiefe des Luftdruckes ist ohne Beziehung zur Epilepsie, beziehungsweise zur Auslösung der epileptischen Anfälle. Es ist möglich, daß der Grund für die erstere Erscheinung in einer mangelhaften Anpassungfähigkeit des Gefäßsystems auf barometrische Druckschwankungen zu suchen ist. Es ist aber anzunehmen, daß noch andere Faktoren gleichzeitig wirken.

III. Es ist möglich, daß das elektrische Verhalten der Atmosphäre einen Einfluß auf die Epilepsie, beziehungsweise die Auslösung der epileptischen Anfälle hat, indessen ist

darüber bis jetzt noch nichts Sicheres bewiesen.

Neuhof im September 1909.

---

## Literaturverzeichnis.


1. *Angus Smith*, Air and rain 1872.
2. *Bert, Paul*, La pression barométrique 1878.
3. *Binswanger*, Die Epilepsie 1899.
4. *Eulenburg*, Realenzyklopädie 1908.
5. *Exner, Elster, Geitel, Gockel, Caspari* und *F. Müller*, zitiert nach *Glax* aus „Höhenklima und Bergwanderungen in ihrer Wirkung auf den Menschen" 1906.
6. *Fränkel* und *Gebbert*, Über die Wirkung der verdünnten Luft auf den Organismus 1883.
7. *Glax*, Klimatotherapie 1906.
8. *Hann*, Lehrbuch der Klimatologie 1897.
9. *Knecht*, Archiv für Psychiatrie, Bd 3.
10. *Krypiacewicz*, zitiert nach *Lomer*.
11. *Laehr*, Bericht über die Heilanstalt Schweizerhof 1893.
12. *Lombroso*, Genie und Irrsinn, Reklam.
13. *Lomer*, Archiv für Psychiatrie 1906.
14. *Lomer*, Archiv für Psychiatrie 1907; Umschau 1907.
15. *Lazarus* und *Schirmunski*, Zeitschrift für klin. Medizin 1884. Bd. 7.
16. *von Liebig*, Versammlung der balneolog. Gesellschaft, Berlin 1891.
17. *Löwy*, Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie, Bd. 66.
18. *Löwy* und *Zuntz*; Archiv für Anatomie und Physiologie 1904.
19. *Magnan*, debris dans l'épilepsie et l'hystérie 1896.
20. *Mosso*, Du Bois-Reymonds Archiv für Physiologie 1886, Suppl.
21. *Pettenkofer* und *Voit*, Jahresbericht für Biologie.
22. *Reich*, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1905.
23. *Rieder*, Lichttherapie in *Goldscheiders* und *Jacobs* Handbuch der physik. Therapie 1901, Bd. 2 I.
24. *Rubner*, Klimatotherapie, Handbuch der phys. Therapie. Bd I. 1901.
25. *Tenner* und *Kußmaul*, zitiert nach *Eulenburg* (*Binswanger*).
26. *von Vivenot*, Wiener med. Jahrbuch, 1865.


---





# Die Familienpflege in der Stadt Leipzig[1]).

Von

Dr. **Helmut Müller** (Dösen),
Aufsichtsarzt der Familienpflege zu Leipzig.

Mit 1 Kurve.

Schon seit dem Jahre 1904 werden von der 1901 eröffneten Anstalt Dösen Kranke in Familienpflege gegeben. Man versuchte es zunächst in den Dörfern Liebertwolkwitz und Dösen, stieß hier aber bei großen Teilen der Bevölkerung auf einen derartigen Widerstand, daß es ratsam erschien, von der Fortsetzung des Unternehmens abzusehen, wenngleich die Kranken in den Familien ganz gut untergebracht waren und bereits eine Zahl von 26 erreicht hatten. Nur im Dorf Dösen sind auch jetzt noch drei Kranke bei ebensoviel Familien in Pflege.

Wegen dieser Mißerfolge plante der Direktor, Herr Obermedizinalrat Dr. *Lehmann*, einen Versuch in der Stadt selbst. Die drohende Überfüllung der Anstalt bot ihm Gelegenheit, die Stadtverwaltung dafür zu interessieren, und so wurde denn im Herbst 1907 die Einführung der städtischen Familienpflege beschlossen, vor allem auch im Hinblick auf die günstigen Erfahrungen der Stadt Berlin, wo die Verhältnisse doch in gewisser Beziehung ähnlich zu liegen schienen wie in Leipzig.

Zur Aufsicht über die Familienpflege wurde ein besonderer Arzt angestellt, welcher der Anstaltsdirektion untersteht und in der Stadt Leipzig selbst, möglichst nahe dem Zentrum, wohnen soll.

Nachfolgende Bestimmungen und Verhaltungsmaßregeln für die Pflegefamilien sind in dem Pflegebüchlein jedes Kranken abgedruckt; ein besonderer Vertrag wird mit den Familien aber nicht abgeschlossen.

---

[1]) Nach einem Vortrag in der Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Jena am 24. Oktober 1909.

„I. Von der Pflegefamilie wird gefordert:

1. Ein eigenes Schlafzimmer für die Kranken von mindestens 20 cbm Luftinhalt für jeden Kranken nebst einer den ärztlichen Anforderungen entsprechenden Ausstattung (Bett, Bettwäsche, Waschgerät, Garderobe usw.).

2. Vollständige Verpflegung (gute Hausmannskost oder bei besonderen Anlässen, wie körperlichen Krankheiten und dergleichen, die vom Arzte vorgeschriebene Beköstigung).

3. Anschluß an die Familie, Teilnahme an deren Mahlzeiten, Mitbenutzung der Wohnräume.

4. Reinigung und Ausbesserung von Kleidung und Wäsche.

II. Die Anstalt gewährt:

1. 1,50 M. Pflegegeld für jeden Kranken täglich. Es wird monatlich nachträglich gezahlt und ist zwischen dem 5. und 8. des nachfolgenden Monats an der Kasse des Armenamts, Thomasring 11, abzuholen.

2. Die erforderliche Ausstattung der Kranken an Leibwäsche und Kleidung bei der Zuführung.

3. Ersatz der verbrauchten Leibwäsche und Kleidung, Ausbesserung des Schuhwerks, Rasieren und Haareschneiden.

4. Wöchentlich ein Bad.

5. Arzneimittel.

III. Vorschriften für die Pflege der Kranken.

1. Die den Familien zur Pflege anvertrauten Patienten gehören zum Krankenbestande der Heilanstalt Dösen. Über alles, was sie betrifft, steht die Entscheidung dem Anstaltsdirektor und in seiner Vertretung dem Arzte zu, welcher die Aufsicht über die Familienpflege führt.

2. Im Umgang mit den Kranken ist stets Ruhe, Freundlichkeit und Geduld zu zeigen. Jede unfreundliche Behandlung, Schelten und Drohen oder gar Tätlichkeiten jeder Art sind für die Kranken schädlich und daher aufs strengste untersagt.

3. Die Pflegefamilie muß peinlich auf Sauberkeit und Ordnung halten, sowohl bei den Kranken wie in der Wohnung.

Die Sachen der Kranken sind möglichst zu schonen.

4. Die Kranken sind sorgsam zu beaufsichtigen und, soweit es möglich ist, in geeigneter Weise zu beschäftigen; die von ihnen geleistete Arbeit kommt der Familie zugute.

Bei Fremden darf ein Kranker nur mit ärztlicher Genehmigung beschäftigt werden. Der Verdienst ist dann Eigentum des Kranken.

5. Von allen Veränderungen im Benehmen und Befinden der Kranken ist dem Arzte Meldung zu erstatten, in wichtigen Fällen sofort, am besten telephonisch.

6. Alle Veränderungen in der Familie und der Wohnung sind dem Arzte rechtzeitig vorher zu melden.

IV.

1. Der Kranke kann sofort aus der Pflege genommen werden, wenn sein Befinden es notwendig macht oder die Pflege ungenügend ist.

2. Im übrigen soll gegenseitig eine 14tägige Kündigungsfrist eingehalten werden.

Der Verpflegbeitrag wird immer bis zu dem Tage gezahlt, an dem der Kranke die Familie verläßt.“ —

Die Kranken nehmen ihre Bäder in den öffentlichen Badeanstalten, wenn die Familien nicht, wie wir es im allgemeinen lieber sehen, gegen eine Entschädigung von 25 Pf. für jedes Bad ihre Pfleglinge zu Hause baden. Für die Verordnungen an Apotheken und Badeanstalten verwendet der Arzt, weil es sich um Kranke handelt, die auf Kosten des Armenamts verpflegt werden, die Formulare des Armenamts, welche zu ermäßigter Taxe berechtigen.

Die Postnumerandozahlung des Pflegegeldes hat eine Familie veranlaßt, ihre Zusage wieder zurückzuziehen. Familien, welche so ärmlich sind, daß sie die kleine Auslage nicht machen können, wird man in den meisten Fällen auch wohl besser nicht annehmen.

Eine 14tägige Kündigungsfrist haben wir nur deshalb gesetzt, um möglichst vor Überraschungen geschützt zu sein; in vielen Fällen wird man aber nicht daran festhalten können.

Die Kranken der Familienpflege gehören zum Bestande der Anstalt, gelten also weder als entlassen noch als beurlaubt.

Als im Sommer 1907 der Plan bei der Bevölkerung bekannt wurde, meldete sich bald eine ganze Anzahl von Familien zur Aufnahme von Kranken. Auch die Zeitungen befaßten sich mit der Angelegenheit, leider zum Teil in unfreundlicher Weise und ohne Verständnis für die Vorzüge der Einrichtung. Darauf ist es wohl zurückzuführen, daß auffallend viele Familien ihr Anerbieten wieder zurückzogen.

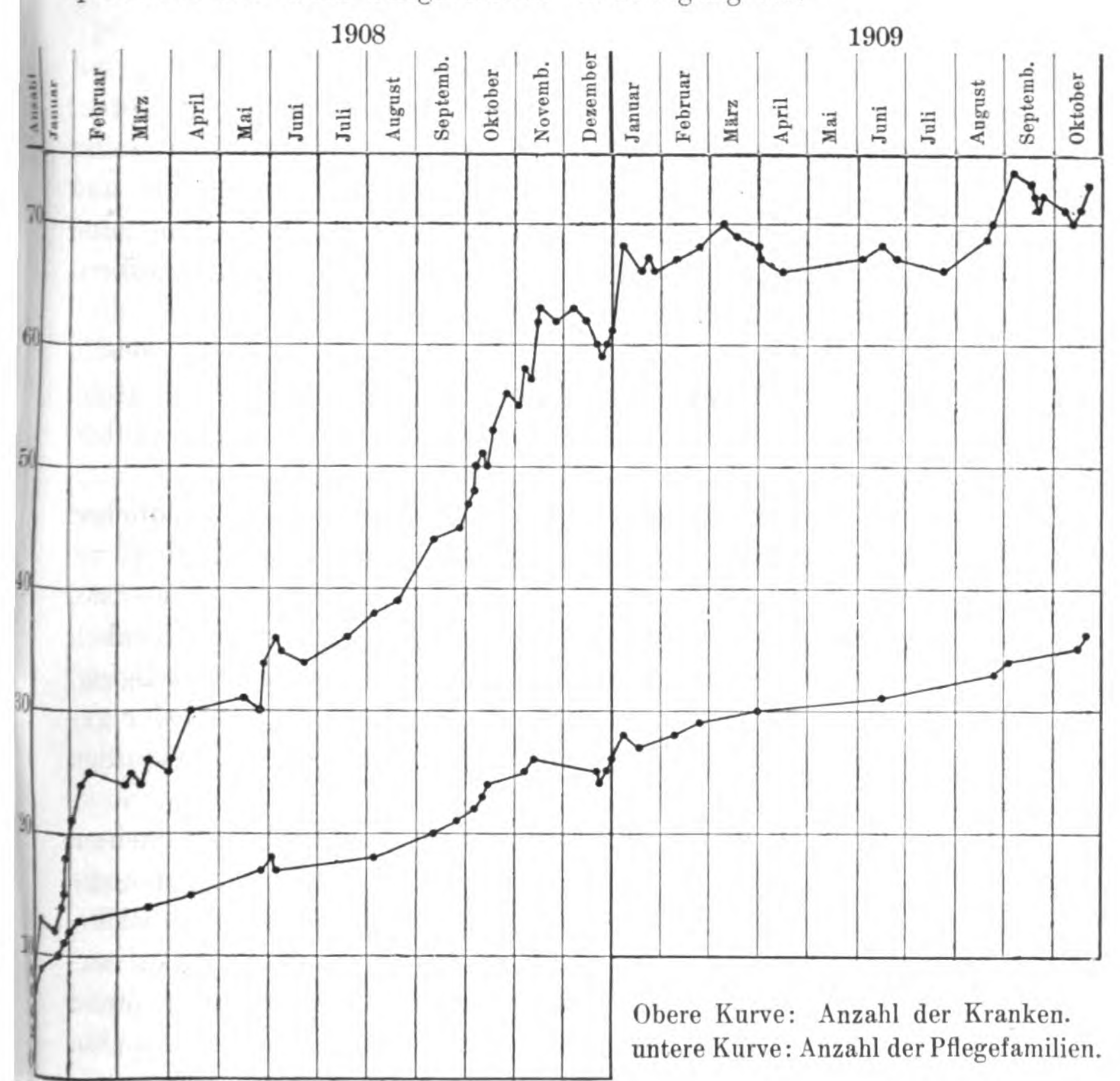
Am 7. Januar 1908 wurden die ersten 4 Patienten zu 2 Familien in die Stadt verlegt, im Oktober 1909 waren — Dorf Dösen einbegriffen — 73 Kranke in 36 Familien untergebracht. Wie die Kurve zeigt, stieg die Zahl der Pfleglinge bis Ende 1908 schnell, seitdem aber, da es an passenden Kranken mangelte, nur wenig.

107 Familien haben sich seit dem Sommer 1907 zur Aufnahme von Kranken gemeldet, aber nur 88 aus Leipzig und darunter 47 brauchbare. Lediglich Familien aus dem Stadtbezirk Leipzig kamen in Betracht und nur unbescholtene; deshalb wurde zunächst stets beim Polizeiamt angefragt, ob etwas Nachteiliges über sie bekannt





sei. Für die Beurteilung der Brauchbarkeit stützten wir uns auf die persönliche Besichtigung der Wohnung und auf den Eindruck, welchen die Familie machte. In einigen Fällen zogen wir noch bei Vertrauenspersonen oder alten Pflegefamilien Erkundigung ein.



Obere Kurve: Anzahl der Kranken.
untere Kurve: Anzahl der Pflegefamilien.

Anfangs bemühten sich auch die städtischen Behörden, uns Familien zu verschaffen, aber ohne Erfolg; von einer Anregung in der Zeitung glaubten wir lieber absehen zu sollen, um öffentlichen Erörterungen aus dem Wege zu gehen. Die anfragenden Familien haben wir niemals zur Aufnahme von Kranken ermuntert, vielmehr stets auf die Schwierigkeit der Krankenpflege hingewiesen. Hatten wir

bis Ende 1908 stets Mangel an Familien und Überfluß an passenden Kranken, so ist es seitdem umgekehrt. In letzter Zeit sind unter den Meldungen mehr geeignete als früher, zum Teil vielleicht deshalb, weil sich häufig solche melden, welche von unseren Pflegefamilien dazu angeregt worden sind.

Die Familien meldeten sich natürlich alle in der Hoffnung auf einen pekuniären Vorteil, auf einen sicheren und, wie sie wohl glaubten, bequemen Nebenerwerb, welcher gestattet, daß die Mutter zu Hause bei ihren kleinen Kindern bleibt, und bei dem die Unsicherheit und die Unannehmlichkeiten der Garçonvermietung fortfallen. Manchmal war aber daneben von vornherein auch Interesse an der Krankenpflege ein Beweggrund.

6 Kranke haben wir zu ihren Verwandten in Pflege gegeben, 3 zur Ehefrau, 2 zu den Eltern, 1 zum Bruder, alle mit gutem Erfolg. Die Angehörigen nahmen sich mit Liebe und Geschick der Kranken an, und beide Teile freuten sich des Zusammenseins.

Unsere Pflegefamilien lebten in einfachen, aber nicht ärmlichen Verhältnissen und gehörten den verschiedensten Berufständen an. Die Sorge für die Kranken lag stets in den Händen der Hausfrau, während der Mann sich nur in ganz wenigen Fällen um die Kranken kümmerte, da er meist den ganzen Tag seiner Berufsarbeit nachging. Von den Pflegemüttern waren 19 verheiratet, 13 verwitwet oder getrennt lebend, 4 ledig. In 11 Familien war kein Kind, in 19 Familien 1 oder 2 Kinder, in 6 mehr als 2.

Familien mit mäßiger Personenzahl erschienen im allgemeinen am passendsten. Bei einer großen Schar kleiner Kinder hatte die Mutter nicht genügend Zeit und Ruhe für die Kranken. Alleinstehende weibliche Personen eigneten sich für manche Kranke vorzüglich, weil sie sich ganz ihrer Pflege widmen konnten, boten ihnen aber nicht die Anregung eines größeren Familienkreises und fanden zuweilen nur schwer und unter Geldopfer eine Vertretung, wenn sie einmal fortgehen mußten und ihre Pfleglinge nicht allein lassen sollten.

Einige ehemalige Krankenpflegerinnen, auch eine Oberpflegerin, widmeten sich der Familienpflege berufsmäßig und erhielten, damit sie auf ihre Kosten kamen, 4—5 Kranke in Pflege. Mit diesen Pflegestellen, welche mehr den Eindruck einer kleinen Pension bieten, haben wir besonders gute Erfahrungen gemacht. Auch Kranke, deren Ver-

pflegung sich infolge ihres körperlichen oder psychischen Zustandes schwieriger gestaltete, waren hier gut untergebracht und wurden oft erstaunlich gefördert. Pflegerinnen zeigen eben doch von vornherein mehr Verständnis und Gewandheit für die Anforderungen der Krankenpflege und verstehen besser, den Absichten des Arztes zu folgen.

Abgesehen von diesen Stellen hat es sich, wie zu erwarten war, als ungünstig erwiesen, wenn eine Familie mehr als 2 oder 3 Kranke in Pflege hatte.

Mit unseren Pflegefamilien konnten wir im ganzen durchaus zufrieden sein. Sie gewannen stets großes Interesse für ihre Kranken, beköstigten sie gut und reichlich, nahmen sie ins Familienleben auf und sorgten auch sonst für sie, soweit sie Unterstützung und Pflege bedurften. Ihr Geschick im Umgang mit den Kranken war aber sehr verschieden. Wir konnten uns nicht darüber wundern, daß sie dabei auf große Schwierigkeiten stießen, sich oft ungeschickt benahmen und durch das krankhafte Verhalten ihrer Pfleglinge manchmal selbst in Ärger und Erregung gerieten, wenn Ruhe gerade nötig gewesen wäre. Alle aber bemühten sich, die richtige Art des Umgangs zu erlernen, und ich habe immer wieder den Eindruck gehabt, daß Belehrungen durchaus nicht ohne Erfolg blieben. Am leichtesten kam es zu Störungen, wenn die Pflegemutter selbst reizbar oder nervös war.

Die Wohnungen liegen sehr zerstreut, besonders in den Vorstädten; nur in der Gegend des Bayerischen Bahnhofs ist eine Anzahl von Stellen nahe beieinander gelegen.

Um die Einführung der Familienpflege zu sichern und ihre Ausbreitung nicht zu hindern, sind wir in unseren Anforderungen an die Wohnung zunächst möglichst nachsichtig gewesen, denn der Raum ist in der Großstadt überall knapp. Vor allem haben wir bald gesehen, daß wir an der Forderung von 20 cbm Luftinhalt des Schlafzimmers für jeden Kranken nicht festhalten konnten. Die Mehrzahl der Quartiere ist aber hygienisch völlig ausreichend, ein Teil sogar wirklich schön.

Von der Forderung eines eigenen Schlafzimmers haben wir in 3 Fällen bei Verwandten abgesehen. Bei einigen wenigen Familien stehen in allen Zimmern Betten, so daß ein ausschließlich als Wohnzimmer benutzter Raum gar nicht vorhanden ist. Manchen dient die Küche als Wohnzimmer, ein Gebrauch, den man auch anderswo findet.

Wir hoffen manche Nachteile dadurch beseitigen zu können, daß wir allmählich die Familienpflege mehr nach den Vorstädten ziehen; denn hier haben die Familien größere und gesundere Wohnungen, fast immer auch einen kleinen Garten am Hause. Es hat sich sehr bemerkbar gemacht, daß der Besitz eines Gartens oder wenigstens eines Balkons im Sommer die Pflege wesentlich erleichtert, den Kranken reichlichen Genuß frischer Luft gewährt und sie vom Herumlaufen in den Straßen der Stadt abhält.

Daß die Familien nebenher noch andere Zimmer der Wohnung vermieteten, erschien uns zwar nicht wünschenswert, ließ sich aber nicht immer vermeiden. Tatsächlich haben sich keine Nachteile davon gezeigt, manche Mieter freundeten sich sogar mit den Kranken an und halfen der Familie bei der Pflege.

| | Anzahl der Pflegestellen | Pflegestellen mit Garten oder Balkon | Pflegestellen mit Untermietern |
|---|---|---|---|
| Innere Stadt . . . | 15 | 2 | 8 |
| Vorstädte . . . . . | 18 | 11 | 5 |
| Dorf Dösen . . . . | 3 | 3 | 0 |
| Summe | 36 | 16 | 13 |

Anzahl der Kranken in einer Familie:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Summe |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 15 | 3 | 6 | 1 | 36 |

Da alle Familien sehr an der Familienpflege hängen und die abgegangenen sämtlich sich wieder beworben haben, so ist es wohl wahrscheinlich, daß sie mit dem Pflegegeld gut auf ihre Kosten kommen. Es war auch beabsichtigt, daß die Familienpflege ihnen einen deutlichen pekuniären Vorteil bringen sollte, damit sie Interesse daran hätten, die Kranken zu behalten, und sich bemühten, unsere Zufriedenheit zu erwerben.

Bei den hohen Preisen von Lebensmitteln und Wohnung wird der Gewinn sicher nicht groß sein. Vor allem ist zu bedenken, daß die Familien nicht, wie in ländlichen Verhältnissen, aus der eigenen



Wirtschaft Lebensmittel gewinnen und niemals etwa ein überflüssiges Zimmer für die Kranken hergeben können, der Raum vielmehr sonst eine beträchtliche Miete einbringt, welche zur Bestreitung der Haushaltskosten nicht entbehrt werden kann. Schließlich kommt noch in Betracht, daß nur sehr wenige unserer Kranken den Familien durch ihre Arbeit wesentlich nützten.

Eine Erhöhung des Satzes bis auf 2 M. ist vorgesehen, aber bisher niemals zur Anwendung gekommen. Die meisten Familien suchten freilich bei ihrer Meldung zu erreichen, daß ihnen ein höherer Satz gezahlt würde, aber nur ganz wenige haben ihr Anerbieten zurückgezogen, weil wir darauf nicht eingingen.

Aus der Einheitlichkeit des Satzes für alle Kranken, welcher Art sie auch sein mochten, haben sich keine Schwierigkeiten ergeben. Durch sorgfältige Auswahl und Verteilung einerseits der schwierigeren, andererseits der arbeitenden Kranken ließen sich größere Ungerechtigkeiten vermeiden. Hängt es doch von der Leistung der Familie nicht weniger ab als von der Art der Kranken, wieweit sie der Familie nützlich sind und wieweit sie ihr zur Last fallen.

Den Tageslauf der Kranken wünschten wir so zu gestalten, daß sie sich wie Angehörige der Familie im Hause bewegten. Ein kleiner Teil der Patienten neigte aber dazu, sich zurückzuziehen oder seine eigenen Wege zu gehen; andere waren so stumpf, daß sie lediglich einen Gegenstand der Pflege bildeten und ohne fremde Anregung ihren Platz nicht verließen. Vielen konnten und mußten wir gestatten, allein in die Stadt zu gehen. Diese Freiheit gewährte den meisten Anregung und Vergnügen, führte aber manche in Versuchung, zu verbummeln, zu trinken und schlechten Verkehr zu pflegen.

Fast wichtiger noch als in der Anstalt ist in der Familienpflege die Beschäftigung der Kranken, da untätige gar zu leicht Störungen veranlassen. Von den 102 Kranken, welche seit Anfang 1908 in Familienpflege gewesen sind, beschäftigten sich 62, während 28 völlig und 12 im wesentlichen untätig waren. Einige arbeiteten außerhalb des Hauses, und 14 verdienten sich durch ihre Arbeit Geld. Die meisten Kranken halfen im Haushalt, bei der Wäsche, bei Besorgungen und dergleichen, die weiblichen machten zum großen Teil Handarbeiten, zuweilen für den Bedarf der Anstalt, einige auch auf eigenen Verdienst.

Mehrere männliche Kranke arbeiteten als Handarbeiter, Buchbinder, Zigarrenmacher, Rohrstuhlflechter, Schreiber und Laufburschen. Ein jugendlicher Imbeziller lernt jetzt das Schuhmacherhandwerk. Leider haben sich bisher fast gar keine Familien gemeldet, welche die Kranken, vor allem die männlichen, im eigenen Beruf beschäftigen können.

Die Beschäftigungsfrage ist bei uns durchaus noch nicht zur Befriedigung gelöst und muß auf irgend eine Art gefördert werden; das empfinden nicht nur wir Ärzte, sondern auch einige Familien und Kranke selbst. Manche männliche Patienten haben wir nur deshalb nicht in Familienpflege gegeben, weil wir sie dort nicht zu beschäftigen wissen. Man darf auch die sozialen Verhältnisse der Großstadt nicht außer acht lassen, vor allem die Arbeitsnot, welche bekanntlich in den Wintermonaten zu solcher Höhe steigt, daß man sich scheut, den Arbeitsmarkt noch durch Leute zu beschränken, die doch versorgt und vor Hunger und Kälte geschützt sind.

Eine unzulässige Ausnutzung der Arbeitskräfte der Kranken durch die Pflegefamilie war nie zu fürchten, dagegen mußten wir in vielen Fällen immer wieder zur Beschäftigung anspornen.

Von besonderem Interesse ist natürlich die Frage, wie die Verlegung in Familienpflege auf die Kranken wirkt, denn davon hängt doch der Wert dieser Einrichtung ab. Der überwiegende Teil der Kranken wurde meiner Überzeugung nach in seinem Zustande gebessert und fühlte sich in Familie behaglicher als in der Anstalt. Nur 6 waren ausgesprochen ungern dort, sie alle sind natürlich wieder zur Anstalt zurückgenommen.

Die Besserung des Zustandes der Kranken trat in verschiedener Weise zutage, am häufigsten darin, daß sie mehr Interesse zeigten, lebhafter, frischer und natürlicher erschienen, an ihrer Umgebung, am Familien- und Straßenleben Freude gewannen und sich an ihre Mitmenschen enger als vorher anschlossen.

1. 38jähriger Patient, ziemlich hochgradige Imbezillität. Seit 12. September 1908 bei einer fremden Familie, seit 26. Februar 1909 beim Bruder in Familienpflege. Schon, als er bei der fremden Familie war, sprachen mir seine Angehörigen ihre Verwunderung darüber aus, daß er „viel besser“ geworden wäre. Vor allem fiel ihnen auf, daß er, der vorher selten ein Wort gesagt hatte, jetzt ganz gesprächig geworden war. Auch beim Bruder hat er sich sehr gut eingelebt, er fühlt sich dort offenbar äußerst behaglich und hilft fleißig im Haushalt.

2. 36jährige Patientin, Katatonie. Ausbruch des Leidens vor 13 Jahren mit einem schweren Erregungszustande. Nach Rückgang der Erregung wurde sie immer gleichgültiger, zeigte zunächst noch Neigung zum Zerstören und anderen bedenklichen Handlungen, war in den letzten Jahren aber ganz stumpf, interesselos, beschäftigte sich gar nicht und saß meist still auf einem Fleck. Vom 24. Januar bis 7. November 1907 im Dorf Dösen in Familienpflege, wurde wesentlich lebhafter, beschäftigte sich aber nicht, führte zuweilen törichte Streiche aus, schloß sich z. B. im Schlafzimmer ein. Zurückgenommen, weil die Familie aus persönlichen Gründen die Pflege aufgab. Seit 9. Februar 1908 in der Stadt bei einer früheren Irrenpflegerin. Hier hat die Kranke noch größere Fortschritte gemacht. Meist verhält sie sich geordnet, spricht verständig, beschäftigt sich ganz ordentlich im Haushalt, macht hübsche Handarbeiten, ist aufmerksam und nicht ohne Interesse für ihre Umgebung. Das Wesen zeigt aber deutliche Züge der Dementia praecox, und zeitweise tritt größere Zerfahrenheit und Neigung zu zwecklosen Handlungen zutage.

Auf die ganze Stimmung der Kranken hatte die Verlegung nicht selten einen guten Einfluß; einige, die vorher beständig ärgerlich oder mißmutig gewesen waren, wurden freundliche Menschen, fühlten sich behaglich und legten ihre Erregbarkeit ab.

3. 79jährige Patientin, senile Demenz mit paranoïschen Wahnideen. In der Anstalt ganz von religiösen Ideen beherrscht, verärgert, abweisend, interesselos, saß den ganzen Tag für sich, las in frommen Büchern und schalt auf die Gottlosigkeit ihrer Mitmenschen. Seit 17. Juli 1908 in Familienpflege. Hier nur einige Male schlecht gelaunt, bietet jetzt aber immer das Bild der Freundlichkeit, ist fröhlich, interessiert sich für ihre Umgebung und hat eine rührende Anhänglichkeit für ihre Angehörigen, mit denen sie vorher fast vollständig außer Verkehr war. Die religiösen Ideen sind ganz in den Hintergrund getreten.

Besonders erfreulich war es natürlich, wenn es gelang, vorher untätige Kranke zur Beschäftigung heranzuziehen, wie wir mehrfach beobachten konnten.

4. 76jährige Patientin. Paranoia. In der Anstalt saß sie Tag für Tag mürrisch auf einem Fleck oder wandelte auf und ab, sah jeden finster an, redete mit keinem Menschen, beschäftigte sich gar nicht. Seit 6. März 1908 bei einer früheren Krankenpflegerin, besorgt einen großen Teil der häuslichen Arbeiten, spricht mit den Hausgenossen (aber niemals mit dem Arzt!), interessiert sich für ihre Familienangelegenheiten und zeigt große Anhänglichkeit. Die Verfolgungs- und Größenideen treten jedoch teilweise lebhafter zutage als früher.

5. Eine frühere Irrenpflegerin hat seit dem Frühjahr 1908 vier Kranke in Pflege, welche sich in der Anstalt nicht beschäftigt haben.



sämtlich schwere Fälle von Idiotie und Dementia präecox, darunter Fall 2, und hat es bei allen erreicht, daß sie arbeiten oder wenigstens etwas zugreifen, beim Reinemachen, Abwaschen, Handarbeiten, bei der Wäsche und bei Besorgungen.

Manchmal sahen wir bestimmte Symptome zurücktreten, vor allem schlechte Angewohnheiten, wie Zerreißen oder Unsauberkeit, und die sonderbaren Manieren der Dementia praecox.

Eine der unter fünf genannten Kranken gewöhnte sich das Zerreißen ihrer Kleider ab; eine ältere Katatonische verlor ihre Angewohnheit, rhythmisch mit Oberkörper und Beinen hin und her zu schaukeln, und handhabte dafür in gleich rhythmischer Weise ein Strickzeug.

Erwähnen möchte ich noch eine Paranoische, welche früher einmal in der Anstalt gewesen war, jetzt aber direkt in die Familienpflege aufgenommen wurde. Sie hatte vor der Aufnahme die städtischen Behörden in unerträglicher Weise belästigt, ließ sich in der Familienpflege aber doch soweit lenken, daß eine neue Anstaltsaufnahme bisher vermieden werden konnte.

Den guten Einflüssen der Familienpflege stehen nun freilich ungünstige gegenüber. Vor allem führte die größere Lebhaftigkeit der Kranken und die auf sie einwirkenden Reize öfter zu Unruhe und Erregungszuständen, welche freilich nicht selten nach einiger Zeit vorübergingen, in anderen Fällen aber so hochgradig und hartnäckig waren, daß die Kranken nicht in der Familie bleiben konnten.

6. 57jährige Patientin, Katatonie. Vor neun Jahren mit halluzinatorischer Erregung erkrankt, seit etwa fünf Jahren ganz teilnahmlos, lag meist im Bett unter der Decke versteckt oder saß schweigend für sich, schimpfte selten einmal, vielleicht infolge von Halluzinationen. 17. März 1908 in Familienpflege, unruhiger, leicht erregt, wollte eine andere Patientin schlagen. 13. Mai 1908 nach einer anderen Pflegestelle verlegt. Am folgenden Tag sehr erregt, ging drohend auf die Pflegemutter los; in den nächsten Tagen beruhigte sie sich. Seitdem ganz ruhig, sitzt gern auf dem Balkon und beobachtet das Straßenleben; nickt meist freundlich, wenn man sie anredet. Sonst keine Besserung.

7. 24jähriger Patient, hochgradige Imbezillität. In der Anstalt ruhig; aber zeitweise Erregungszustände, während deren er im Bett gehalten wird. 26. Oktober 1908 zu einer früheren Irrenpflegerin in Familienpflege. Anfangs ruhig und gutmütig. Nach etwa 3 Monaten Erregungszustand, in dem er immer umherlief, törichte Streiche machte, die anderen Kranken schlug; auch nächtliche Unruhe. Da er Aufsehen im Hause erregte, wurde er nach einer Woche zur Anstalt genommen.

Am 7. September 1909 zu einer früheren Irren-Oberpflegerin. Hier geht es bisher gut, nur zuweilen etwas unruhiger Schlaf, der erfolgreich mit Schlafmitteln behandelt wird.

8. 73jährige Patientin, senile Demenz. Sie war dreimal auf eigenen Wunsch in Familienpflege gegeben. Jedesmal brach nach kurzer Zeit ein hysterischer Erregungszustand aus: lebhafte — stets gleiche — körperliche Klagen, Beschwerden über die Familie, welche offenbar unbegründet waren, unfreundliches und widerspenstiges Wesen, Schabernack, aufsehenerregendes Schreien, Selbstmorddrohung, so daß bald die Rücknahme zur Anstalt nötig wurde. Jetzt bittet sie wieder um Verlegung in Familienpflege; wir werden aber wohl kaum den Mut zu einem vierten Versuch haben.

Auffallend häufig sahen wir, daß paranoische Wahnideen in der Familienpflege lebhafter zutage traten, sowohl in einigen typischen Paranoiafällen (z. B. Fall 4), als auch bei Dementia paranoïdes. Erstere konnten trotzdem alle in der Familie bleiben, bei letzteren kam es meist gleichzeitig zu derartigen Erregungszuständen, daß die Zurücknahme zur Anstalt erforderlich wurde.

9. 61jährige Patientin, Paranoia. In der Anstalt hat sie sich mit Näharbeiten beschäftigt, still für sich gesessen und nur gelegentlich von ihren Wahnideen erzählt, welche darauf hinausliefen, daß ihre Verwandten ihr nachstellten und daß man sie schon viele Jahre lang durch Naphthalin vergifte. Sprach sie nicht gerade von ihren Wahnideen, so machte sie durchaus den Eindruck einer geistig Gesunden. Seit 3. August 1908 in Familienpflege. Sie lebte sich schnell ein und verschaffte sich bald Arbeit, besonders bei Familien, für die sie schon früher genäht und geschneidert hatte. Nach einiger Zeit traten hin und wieder Zustände von gedrückter Stimmung auf, die auch in der Anstalt beobachtet waren; sie nahmen aber jetzt an Dauer und Stärke zu. Gleichzeitig äußerte sie immer häufiger und lebhafter ihre Wahnideen, und es machte den Eindruck, als ob sie ihr Wahnsystem weiter ausbaute. Sie witterte überall Naphthalin, in Speisen, Kleidung und Wäsche; durchs ganze Haus dränge der Geruch, die ganzen Straßen seien verpestet, aus den Läden ströme der Dunst heraus; sie und ihre Mitmenschen würden dadurch krank, in alle Gegenstände fräße es Löcher. Sie aß deshalb oft nicht und wusch alle Sachen, welche ihr zum Nähen gegeben waren.

In die Anstalt will sie aber durchaus nicht zurück, denn da sei es ebenso gewesen und in der Stadt hätte sie doch wenigstens ihre Freiheit.

10. 61jährige Patientin, Dementia paranoïdes. Schon viele Jahre lang in Anstalten. Hat dort zuletzt sich ruhig verhalten, sich niemals um andere gekümmert, ihre zerfahrenen Wahnideen vor sich hin erzählt. Seit 3. August 1908 in Familienpflege. Wurde hier unruhiger, sprach sehr viel, schrie oft laut auf, schlief nachts wenig und äußerte — weit mehr



und lebhafter, als in der Anstalt — zusammenhanglose Wahnideen, die nicht selten ängstlich gefärbt waren. Es kam zu schwereren Erregungszuständen, wie sie in der Anstalt seit Jahren nicht beobachtet waren. Bromgaben beruhigten vorübergehend, wurden aber nicht gut vertragen. Am 29. September 1908 wurde die Patientin zur Anstalt zurückgenommen.

Bei manchen Fällen von Dementia praecox steigerten sich zwecklose Handlungen, Unsauberkeit, Nahrungsverweigerung und sonderbares Wesen.

11. Eine Kranke, welche anfangs ganz hübsche Fortschritte gemacht hatte und sogar zur Beschäftigung angelernt war, warf Eier u. a. aus dem Fenster, lief unangekleidet auf die Treppe und dergleichen.

12. Eine andere, die sich gleichfalls zuerst sehr gut eingelebt hatte, verweigerte energisch die Nahrung und ließ ihren Stuhlgang ins Bett und zwar so, daß möglichst viel Wäschestücke beschmutzt wurden.

13. Ein männlicher Patient, der bis dahin in der Familie ganz ruhig gewesen war, schlug plötzlich eines Nachts eine Fensterscheibe ein und ruinierte den Rolladen, vielleicht in der Absicht, aus dem Fenster zu steigen.

Alle drei wurden natürlich zur Anstalt zurückgenommen.

Unglücksfälle und ernste sexuelle Angriffe ereigneten sich bisher glücklicherweise nicht. Einen Kranken, der ein kleines Mädchen auf der Straße geküßt hatte, nahmen wir vorsichthalber zur Anstalt zurück, trotzdem der Kranke sonst gar nicht zu sexuellen Erregungen neigte.

Entweichungen ereigneten sich fünfmal.

14. Ein Paralytischer lief am Tage der Verlegung aus dem Hause, wurde am folgenden von der Polizei aufgegriffen und zur Anstalt zurückgenommen.

15. Eine Kranke (Dementia praecox) entwich zweimal, nicht ganz ohne Schuld der Familie, und wurde beidemale bald wieder ergriffen. Wir haben sie am 26. Februar 1909 doch wieder zu einer anderen Familie in Pflege gegeben.

16. Ein Senil-Schwachsinniger verließ seine Familie aus Hang am Umherstreifen, wurde aber von der Pflegemutter am folgenden Tage in der Nähe der Wohnung entdeckt, wo er auf einer Bank saß.

17. Dementia paranoïdes. Patientin lief in plötzlich einsetzender Erregung fort. Gleich nachher aufgegriffen und zur Anstalt zurückgenommen.

Die Verführung zum Alkoholmißbrauch ist natürlich groß, teils direkt, teils durch „gute Freunde“. Kleine Exzesse wurden von manchen Kranken begangen, aber doch selten.

Einige mehr oder weniger verblödete Patienten, welche früher stark getrunken hatten, hielten sich in der Stadt jetzt ganz gut.

18. Ein jugendlicher Imbeziller, der früher dem chronischen Alkoholismus verfallen war, hat nur ganz vereinzelt einmal sich berauscht, sonst aber gar keine alkoholischen Getränke genossen. Durch fleißiges Rohrstuhlflechten hat er sich ganz hübsch Geld verdient.

19. Ein typischer Trinker führte sich zuerst gut. Als er aber ständige Arbeit fand und sich freier bewegen konnte, war es mit der Energie zu Ende, er kam jeden Sonntag betrunken nach Hause und wurde nun bald zur Anstalt zurückgenommen.

Die größten Unannehmlichkeiten hatten wir mit männlichen lebhaften Imbezillen, resp. Debilen. Bei solchen trat oft erst in der Familienpflege eine Neigung zu törichten Streichen hervor, und die Familien wurden dadurch um so mehr erregt, da gerade diese Kranken als Gesunde imponierten, ihre mit klarem Bewußtsein vollführten Handlungen als Unarten. Die Kranken fingen an zu bummeln, stehlen, trinken, blieben nachts bis 10, 11 Uhr und länger aus, schimpften in häßlichen Ausdrücken, ärgerten die Familie durch Schabernack und dergleichen, so daß man sie nicht in Familienpflege lassen konnte. Nur mit einigen leichteren Fällen der Art ist es in guten Familien gegangen.

Es erwies sich als vorteilhaft, nicht zu lange mit der Fortnahme der Kranken aus der Familie zu zögern, wenn sich Schwierigkeiten oder Störungen einstellten. Womöglich versuchten wir es dann gleich oder später in einer anderen Familie, und oft ging es hier oder in einer dritten ganz gut.

Über Anzahl und Ursachen des Abgangs aus Familienpflege gibt die Tabelle S. 290 Auskunft. Entlassungen waren bisher leider selten möglich; nur wenige unserer Familienpfleglinge kommen dafür überhaupt in Betracht.

Bei der Auswahl der Kranken für die Familienpflege sind wir bisher auf solche beschränkt, welche ihren Unterstützungswohnsitz in Leipzig haben und auf Kosten des Armenamtes verpflegt werden. Im übrigen mußte von den meisten Anstaltskranken natürlich abgesehen werden, da sie der speziellen Anstaltspflege nicht entraten konnten, außerdem schieden wir einstweilen diejenigen aus, welche durch ihre Arbeit der Anstalt wesentlich nützten, während in der Familienpflege keine gute Arbeitsgelegenheit für sie vorhanden war,









und auf besonderen Wunsch der Stadtvertretung solche, welche in Aussehen oder Benehmen auffällig waren.

Ursachen des Abgangs aus Familienpflege.

| | 1908 | 1909 bis 20. Oktober | Summe |
|---|---|---|---|
| Psychischer Zustand | 7 | 8 | 15 |
| Insbesondere: Entweichung | 2 | — | 2 |
| Sexuell | — | 1 | 1 |
| Alkoholmißbrauch | — | 1 | 1 |
| Unreinlichkeit | 2 | — | 2 |
| Eigener Wunsch | — | 1 | 1 |
| Körperlicher Zustand | 3 | 2 | 5 |
| Apoplexie | 2 | — | 2 |
| Gestorben | 1 | — | 1 |
| Entlassen | 2 | 2 | 4 |
| Wunsch der Pflegefamilie | 4 | 2 | 6 |
| Summa: | 23 | 17 | 40 |

Unbedingt ist es unser Grundsatz, nur diejenigen Kranken in Familienpflege zu verlegen, welche dort mindestens ebensogut aufgehoben sind, wie in der Anstalt. Dagegen wagen wir gerne einen Versuch, wenn der Erfolg uns zweifelhaft scheint; die Kranken machen sich in Familienpflege oft ganz anders, als man vorher gedacht hat.

Die Krankheitsformen ersieht man aus folgender Tabelle. Es überwiegen Imbezillität und Dementia praecox.

Diagnose.

| | | |
|---|---|---|
| Manisch-depressives Irresein | 2 | |
| Degeneration | 2 | |
| Paranoia | 7 | |
| Dementia praecox | 32 | |
| (Dementia praecox | | 19 |
| Katatonie | | 8 |
| Dementia paranoïdes) | | 5 |
| Imbezillität und Idiotie | 30 | |
| Paralyse | 7 | |
| Alters- und arteriosklerotische Demenz | 12 | |
| Alkoholismus | 5 | |
| Nervenleiden u. a. | 5 | |
| Summa: | 102 | |



Das Prozentverhältnis der Familienpfleglinge zu dem gesamten Anstaltsbestande ist 73 : 1139 = 6,4 %.

Die Angehörigen der Kranken und die Bevölkerung der Stadt haben uns nur selten Schwierigkeiten gemacht, vielfach dagegen sich für die Familienpflege interessiert und uns unterstützt.

Die ärztliche Tätigkeit war bei den großen Entfernungen verhältnismäßig zeitraubend, wenngleich dem Arzt eine ausgedehnte Verwendung der elektrischen Straßenbahnen durch Freikarten ermöglicht war. Wenn viele Kranke neu in Pflege gekommen waren, hatte man Arbeit genug; bei stabilem Bestande war wenig zu tun. Der Aufsichtsarzt behandelt auch die körperlichen Erkrankungen der Pfleglinge; einmal wöchentlich kommt er regelmäßig zur Anstalt, um dem Direktor Bericht zu erstatten. Bis Ende 1908 habe ich es durchgeführt, jede Familie, auch wenn nichts Besonderes vorlag, etwa zweimal wöchentlich zu besuchen, seitdem wöchentlich etwa einmal.

Für die Visiten ist es eine Erleichterung, daß der Arzt in der Stadt wohnt, es hat aber den Nachteil, daß er den Zusammenhang mit der Anstalt mehr und mehr verliert und Mühe hat, die ihm unbekannten Kranken kennen zu lernen, welche für die Familienpflege in Aussicht genommen sind.

Im Nebenamt obliegt ihm der Verkehr mit den Vertrauensmännern der Anstalt und den Enthaltsamkeitsvereinen, zur Fürsorge für die aus der Anstalt *entlassenen* Kranken. Es hatte sich herausgestellt, daß ein lediglich schriftlicher Verkehr, wie er früher gehandhabt wurde, ungenügend war. Durch persönliche Berührung und Aussprache kann man wesentlich mehr Interesse erregen und das Schicksal der Kranken besser verfolgen. Wir hoffen durch diese Ausdehnung der ärztlichen Wirksamkeit manchen Kranken nützen zu können.

Besondere Hilfskräfte stehen dem Arzt von der Anstalt aus bisher nicht zur Seite, doch wird natürlich die Mitwirkung von Anstaltsangestellten vielfach nötig. Für die weiblichen Patienten haben wir zufällig in einer gewissenhaften und geschickten Dame, welche in Leipzig wohnt, eine wertvolle Hilfe gefunden. Sie besucht die Familien, steht ihnen mit Rat zur Seite, vermittelt Aufträge zwischen





ihnen und dem Arzt, verteilt und beaufsichtigt die Arbeit der Kranken und geht mit ihnen spazieren.

Nach unseren Erfahrungen sind wir überzeugt, daß trotz mancher Nachteile und Schwierigkeiten sich auch in der Großstadt mit Vorteil eine Familienpflege organisieren läßt. Wir haben Ursache zu der Hoffnung, daß wir die Einrichtung allmählich noch wesentlich erweitern und von den ihr anhaftenden Fehlern befreien können.

---

# Geistesstörung bei Leprakranken.

Von

Dr. **Juliano Moreira.**

Mitglied der Nationalen Medizinischen Akademie zu Rio de Janeiro, Direktor der Landes-Irrenanstalt daselbst etc.

Von den großen Übeln, welche die Menschheit quälen, flößen ohne Zweifel der Aussatz und die Geisteskrankheit am meisten Mitleid ein. Wenn beide bei demselben Unglücklichen zusammentreffen, so hat man für ein solches Unglück kaum einen Ausdruck.

Glücklicherweise kommt dies nicht oft vor, wie man aus der beschränkten Anzahl der bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen schließen kann.

Von den alten Büchern über Lepra: *Cazenaves*, *Rayers* usw. bis auf die neuen von *Leloir*, *Babes* usw. findet sich in keinem eine Zeile über Geistesstörungen bei den Leprösen (1). Ebensowenig beziehen sich die psychiatrischen Lehrbücher auf sie (2). Selbst in den Monographien über Lepra findet sich fast nichts über das Zusammenwirken beider Krankheiten. Nur in dem Bericht von *Beaven Rake* über die Leproserien auf der Insel Trinidad (Report on leprosy, Trinidad leper asylum for the year 1892) wird festgestellt, daß sich unter den Todesfällen des Jahres 1899 zwei an Epilepsie, zwei an Manie befanden, und im Jahre 1892 kam ein Fall von Epilepsie vor, einer an Manie und drei an Demenz.

Im Jahre 1888 fanden zwei rumänische Lepraforscher, *Kalindero* und *Babes*, Hansen-Bazillen in den Nervenzellen des Gehirns eines Leprakranken (3).

*Chassiotis* (4) fand sie im kleinen Gehirn, *Colella* und *Stanziale* haben welche auf Schnitten durch die Hirnrinde gefunden (5).

Später, im Jahre 1901 haben *Uhlenhuth* und *Westphal* (6) bei der Obduktion eines Leprakranken, der an schwerem Erysipel gestorben war, das Vorhandensein des Bazillus Hansen festgestellt, und zwar in vereinzelten *Purkinje*schen Zellen des Kleinhirns. Solche würden auch im Innern eines Blutgefäßes der Hypophysis bemerkt. Zu bemerken ist, daß es sich in allen diesen Fällen um die Lepra tuberosa handelte. Im



Gehirn solcher, welche an der Lepra maculo-anaesthetica krank waren, hat man bis heute den betreffenden Bazillus noch nicht gefunden.

Im Jahre 1904 hatte Dr. *H. P. Lie* (7), Direktor des Leprahospitals in Bergen (Norwegen), eine schätzenswerte Monographie über die Lepra im Rückenmark und in den peripheren Nerven veröffentlicht. An ihn wandte ich mich mit der Frage, ob er jemals Leprabazillen im Gehirn gefunden hätte. Er antwortete mir, daß er nur zweimal einige Bazillen im Gehirn von Leprösen gefunden, obwohl er solche Untersuchung in vielen Fällen vorgenommen habe. (Brief vom 17. Dez. 1908).

Im Gegensatz zu diesen positiven Untersuchungen ist es anderen Autoren bisher nicht gelungen, im Gehirn Bazillen nachzuweisen. Ich will nur *Wnukow* (8) erwähnen, welcher 1903 in vier Fällen das Großhirn, das Kleinhirn, den Pons Varoli und die Medulla oblongata mit negativem Resultat untersucht hat. Ich selbst habe bei meinen Obduktionen keine lepröse Veränderung im Gehirn gefunden.

1897 berichtete Prof. *Meschede* (Königsberg) auf dem 12. internationalen medizinischen Kongreß zu Moskau über Geistesstörung in Verbindung mit Lepra. Er glaubte einen direkten Einfluß des Lepraprozesses auf die Entwicklung einer Geistesstörung statuieren zu müssen, d. h. die Entstehung einer geistigen Störung infolge von Irritation und Läsion des Nervensystems durch Leprabazillen bezw. durch deren Toxine. Zum Beleg hierfür berichtet er über einen Fall, bei welchem sich vor fünf Jahren eine ausgeprägte Lepra tuberosa mit lokalisierter Anästhesie der Beine entwickelte. Während der Patient im Jahre 1896 seines leprösen Zustandes wegen auf der medizinischen Klinik lag, verfiel er ohne erkennbare äußere Ursache plötzlich in eine akute Geistesstörung, welche alle Symptome des akuten halluzinatorischen Wahnsinns darbot. *Meschede* meinte, daß das auffällige Prädominieren der Halluzinationen im Gebiet der Hautempfindungen zusammen mit der während der Psychose anhaltenden Turgeszenz der Haut doch sehr für eine direkte Einwirkung der Leprabazillen auf das Nervensystem spräche (9). In demselben Jahre 1897 veröffentlichte Dr. *J. Orbeli* (10) im russischen Archiv für Psychiatrie zwei Fälle der *Meynert*schen Amentia bei zwei leprakranken Gatten. Dieselben Fälle besprach zwei Jahre später Prof. *Kowalewsky* in der Revue neurologique (11). Noch im Jahre 1897 versicherte Dr. *Ashmead* in einem Artikel Suppresion and prevention of leprosy, daß man bei Leprakranken oft Melancholie beobachte. Hierzu bemerkt der große Lepraforscher *Hansen*: Ich muß gestehen, daß ich bei einem Leprakranken nie Melancholie gesehen habe. Diese Krankheit ist eine Entdeckung *Ashmeads*, und niemand in Norwegen weiß von dem Vorhandensein einer solchen, aus dem einfachen Grunde, weil die Lepra das Gehirn nie angreift (Journal american medical association, 26. Febr. 1898). Um diese Ansicht *Hansens* zu bekämpfen, bezieht sich *Ashmead* auf 36 Obduktionen, von denen er glaubte, daß *Havelburg* sie hier in Rio

de Janeiro ausgeführt habe. Aber *Havelburg* hat sich in seinem Bericht vom Jahre 1897 (Supplement desjenigen des Dr. *Azevedo Lima*) gerade auf 36 Obduktionen von Leprösen bezogen, welche *Hansen* in Bergen ausgeführt hatte, dieselben, welche *Hansen* und *Looft* in ihrer vortrefflichen Monographie veröffentlichten. (Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt, 1894).

Im 1. Heft des 3. Bandes der Lepra (bibl. internat.), herausgegeben von Prof. *Ehlers* aus Kopenhagen, fand ich eine statistische Arbeit des Dr. *A. Sand*, Direktors des Leprakrankenhauses in Trondjem (Reitgjardet Pleiestiftelse). 1861—1880 waren dort sieben leprakranke Irrsinnige, vier Männer und drei Frauen. 1880 wurde eine besondere Abteilung für solche Kranke errichtet, welcher 1891—1900 47 Geisteskranke überwiesen wurden, 23 M. und 24 Fr., bei einem Gesamtbestande von 798 Leprakranken. Leider beschreibt Dr. *A. Sand* nicht genauer die psychopathischen Verschiedenheiten, die er bemerkt hat, aber er fügt hinzu: Irgendeine bestimmte Form der Geisteskrankheit hat sich nicht bemerkbar gemacht (12). Im Jahre 1903 teilte der Prof. *Filaretopoulo* aus Athen der Medizinischen Gesellschaft zu Paris einige Beobachtungen über viszerale Störungen bei der Lepra mit. Unter diesen berichtet er von zwei Fällen von Psychosen bei Leprakranken: ein Kranker hatte mehrere Delirienanfälle, welche mit einem melancholischen Zustande abwechselten, und eine Leprakranke verfiel in Dementia.

1905 beschäftigte sich Prof. *Benjamin Solari* (13) aus Buenos Aires im Archiv für Psychiatrie jener Stadt mit den sittlichen Verirrungen der Leprakranken. Weiter unten werde ich meine Meinung über diesen Gegenstand erwähnen.

Im Januarheft 1906 der Archivos brasileiros de Psychiatrie habe ich alles aufgeführt, was ich über den vorliegenden Gegenstand geschrieben habe, und was ich Gelegenheit hatte zu beobachten, ebenso wie die Fälle, welche Dr. *Franco da Rocha* in S. Paulo beobachtet hat, dem ich bestens für seine Aufzeichnungen danke, die er mir geschickt hat.

Hier folgt zusammengefaßt die klinische Beschreibung der Fälle, die ich damals veröffentlicht habe.

1. Fall. Verkürzte Beobachtung.

Manuel P. O., brasilianischer Mischling, 40 Jahre alt, kam in das Hospital dos Lazaros in Bahia im März 1894. Erblichkeit in bezug auf die Lepra negativ. Der Vater war Trinker und starb an einer Nierenkrankheit. Die Mutter plötzlich gestorben. Er selbst wurde in der Stadt Minas krank. Als ihm die Arbeit schwer wurde, kam er ins Leprahospital in Rio de Janeiro, wo er einige Monate verblieb. Ein wenig gebessert, entfernte er sich und kam nach Bahia, wo er Schwierigkeiten hatte, als Tischler



Anstellung zu finden. Er begab sich darauf ins Hospital daselbst. Patient zeigte Symtome von Lepra mixta, bei denen die nervösen vorherrschten: Hohle Hände, krallenartig; stark ausgesprochene Atrophie der Mm. interossei und eingesunkene Kleinfingerballen. Spindelförmige Verdickung der Ulnarnerven, auf der linken Seite stärker ausgesprochen. Orbicularis palpeb. auf der linken Seite etwas paretisch. Anästhesie an den Ulnarrändern der Unterarme. Hin und wieder kleine Leprome auf dem Rücken und der Brust, deren Untersuchung auf *Hansen*-Bazillen positiv ausfiel. Während eines 5jährigen Aufenthaltes im Leprahospital zeigte er keine Erscheinung von Geistesstörung. Ich habe oft mit ihm ausführlich über den Beginn seiner Krankheit und ihre Entwickelung gesprochen. Er war ein ungebildeter Mann, aber klug, sehr bereit, über die anderen Kranken Auskunft zu geben, die er für noch viel unglücklicher hielt wie sich selbst, weil sie meistens die tuberöse Form zeigten, welche noch abstoßender wirkt.

Er schien sich sehr an seinen Zustand gewöhnt zu haben. 1901 bekam er wiederholt die Rose mit mehr oder weniger Fieber. Mitte September desselben Jahres fing er an zu phantasieren. Zuerst verfiel er in Betäubung, dann in Gereiztheit, später machten sich verwirrte Ideen geltend mit mannigfachen Störungen der Empfindung und mit Erregung. Dies dauerte einige Tage, abwechselnd besser und schlechter. Später ließ alles dies nach und der Kranke befand sich wieder in seinem vorigen Zustand.

Obwohl der Fall das Zeichen fieberhaften Deliriums trug, so hatte der Kranke doch während der betreffenden Tage kein Fieber. Es war ohne Zweifel ein infektiöses Irresein, aber was hatte die Lepra damit zu tun? Das wird schwer zu sagen sein, denn der Kranke litt an Rose, und so können wir die Vermutung nicht außer acht lassen, daß die Streptokokken an der Entstehung jenes Deliriums ihren Anteil hatten. Im Oktober 1902 starb der Kranke an Cachexia leprosa, wie der Direktor des Leprahospitals in Bahia mir mitteilte. — Dieser Fall eignet sich nicht zum Nachweis, daß die Lepra an und für sich eine Psychose verursachen kann.

2. Fall. Verkürzte Beobachtung.

In den letzten Monaten des Jahres 1901 fing die Kranke L. R. im Leprahospital (Rio de Janeiro) an, Symptome von Geistesstörung zu zeigen, welche rasch aufeinanderfolgend sich derart verschlimmerten, daß die Kranke nicht länger unter ihren Leidensgefährtinnen bleiben konnte. In dauernder Erregung lärmte sie, sprach laut von obszönen Sachen, zerriß ihre eigenen Kleider und griff jeden an, der sie in Schranken halten wollte. Ich verdanke diese Mitteilungen dem Prof. *Gabizo*, auch konnte ich infolge seiner liebenswürdigen Erlaubnis einige Monate später die Kranke sehen, die inzwischen aber schon von ihrer Geistesstörung geheilt war. Bald darauf starb sie an der Lepra mixta. Anzeichen einer



Degeneration waren nicht festzustellen, ebensowenig konnte ich bemerkenswerte hereditäre Belastung finden; vielleicht liegt Trunksucht des Vaters vor, wenn man indirekten Informationen Glauben schenken kann.

Nach Ansicht des Prof. *Gabizo* hatte die Psychose in diesem Falle das äußere Gepräge einer sog. deliriösen Episode der Degenerierten.

3. Fall. Beobachtung des Dr. *Franco da Rocha.*

M. P., etwa 40 Jahre alt, ledig, Mulatte, ohne Erziehung, kann kaum lesen, Pockennarben. Allgemeinzustand befriedigend. Ich fand ihn schon in der Irrenanstalt vor, als ich dort das Amt eines Arztes übernahm.

Mir wurde gesagt, daß dieser Kranke eine Periode akuten Wahnsinns durchgemacht habe, der seine Isolierung nötig machte; er hatte Gesichtshalluzinationen, war in bewegter Erregung, voll absurder Größenideen und gleichzeitig offenbar verwirrt. Über seine Vorgeschichte steht nichts Glaubwürdiges fest. Wir fanden ihn in der Irrenanstalt schon beruhigt vor, aber mit wechselnden Größenideen, ohne Zusammenhang, während er gleichzeitig, wie sehr interessant zu bemerken ist, ein wunderbares Gedächtnis zeigte für alles, was er auf Zeitungsfetzen las. Er behauptete D. Pedro II. zu sein, defensor perpetuus und Kaiser von Brasilien, und gleichzeitig Marschall Deodoro, Chef der provisorischen Regierung, ausgerufen von Heer, Volk und Marine am 15. XI. 1899; ferner W. Speers, Direktor der S. Paulo Railway; Jorge Deterer, Direktor der Sorocabana- und Itauna-Bahn, D. Carlos, König von Portugal, usw. Alle diese Titel und andere, die mir entfallen sind, sprach der Kranke in der Haltung eines Kindes aus und in einem Geplapper, welches deutlich seinen geistigen Verfall verriet. Körperlich fanden wir folgende Veränderungen: die Phalangen der rechten Hand waren dicht daran, abzufallen, infolge einer an der Wurzel bemerkbaren Zusammenschnürung, wie sie an das Ainhum erinnert, wenn diese Krankheit an der Hand möglich wäre. Nach Abfall der ersten Phalanx blieb am Ende der zweiten eine kleine Ulzeration, die zuweilen ganz vernarbte. So geschah es mit allen ersten Phalangen der rechten Hand, aber sehr langsam während einer zehnjährigen Beobachtung.

Neue Zusammenschnürungen bilden sich jetzt an der Wurzel der zweiten Phalanx. Ich bat den Bakteriologen und Lepraforscher Dr. *A. Lutz,* den Kranken zu untersuchen, und wir stellten fest, daß es sich um Lepra handelte. Außer der Erkrankung der rechten Hand bemerkten wir anästhetische Zonen auf den Schultern und am Unterarm. Keine Facies leonina.

Diagnose: Dementia paranoides und lepra mutilans.

4. Fall. Beobachtung des Dr. *Franco da Rocha.*

J. P. L., 23 Jahre alt, verheiratet, weißer Brasilianer, Polizeisoldat. Körperliche Anzeichen: flügelartige Ohren von dickem Gewebe und dunkelroter Farbe, schlecht gebildeter kielförmiger Schädel, Zähne schlecht eingesetzt; mangelhafter Haarwuchs an Augenwimpern und



Augenbrauen; Facies leonina und dicke Haut im Gesicht von speckartigem Aussehen, anästhetische Zonen auf dem Rücken, an den Beinen und dem linken Unterarm. Geistiger Zustand: Niedergeschlagenheit mit Betäubung (Mel. attonita). Die Lepra ist nur durch die oben beschriebenen Anzeichen gekennzeichnet; keine Knoten und Ulzerationen. Man sagt, daß es in der Familie mehr wie einen Fall von Lepra gegeben habe, der zu einer Ansteckung Veranlassung gegeben haben kann.

5. Fall. Beobachtung des Dr. *Franco da Rocha.*

M. Parchen, 50 Jahre alt, verheiratet, Deutsche, ohne Erziehung. Körperlicher Zustand: Gesichtshaut glatt und glänzend und voller veilchenblauer knotiger Stellen; Geschwüre an Ohren und Füßen, letztere infiltriert; Augenwimpern und Augenbrauen haarlos, allgemeiner Zustand schlecht; Zittern der Hände und Zunge, Bewegunglosigkeit in den unteren Gliedern, wo ebenfalls Zittern zu bemerken ist. Unfähigkeit zum Gehen. Geistiger Zustand: vollständige Dementia von apathischer Form. Ich hielt den Fall aus Mangel besserer Information für Dementia paralytica. In den ersten Monaten offenbarte sie sich als Amentia stuporosa vesanica. Sie starb an Kachexie.

Während seiner zwölfjährigen Tätigkeit in S. Paulo hat *Franco da Rocha* nur die drei berichteten Fälle beobachtet, obwohl fast alle Geisteskranken des Staates S. Paulo ihm unter die Augen kommen und S. Paulo jedenfalls einer der leprareichsten Staaten ist. Wäre das Zusammentreffen von Lepra und Geistesstörung häufiger, so würde er gewiß mehr Fälle zu Gesichte bekommen haben. — 1905 kamen in die Irrenanstalt zu Rio de Janeiro zwei Leprakranke, eine alte Afrikanerin und ein Portugiese.

6. Fall. Maria Benta, unbekannter Abkunft, 80 Jahre alt, verheiratet, schwarze Afrikanerin, mit häuslichen Arbeiten beschäftigt, kam in den Observationspavillon am 6. 5. 1905 und am 8. 5. von dort in die Sektion Esquirol.

Anamnese. Der schlechte geistige Zustand der Kranken erlaubte nicht, von ihr irgendwelche Auskunft zu erhalten. Sie war im Allgemeinen Krankenhause in Behandlung gewesen. Nach ihrem Fortgange von dort irrte sie ohne einen bestimmten Wohnsitz in den Straßen umher und wurde deswegen von der Polizei aufgegriffen, die sie hierher schaffte. Wir wissen weiter nichts von ihr. Die Verwandten, die sie hier besuchten, konnten nichts weiter von Wert über sie aussagen, als daß ihre Hautkrankheit schon vor einigen Jahren anfing.

Direkte Untersuchung: Kopfhängerisch, teilnahmlos, mit kindischem Ausdruck, ohne den Gesichtsausdruck zu verändern, zeigte die Kranke die Facies antonina mit den Eigentümlichkeiten ihrer Rasse: platte Nase und aufgeworfene Lippen. Außerdem war ihr Gesicht unsymmetrisch; auch hatte sie Plattfüße. Kleiner Kopf und dicke Haut. Doppeltes Gerontotoxon. An der rechten Hand Narben, die vom Abfall des Zeige-



fingers herrühren; eine Ulzeration am Mittelfinger. Dyschromische Flecken im Gesicht, auf dem Rücken und auf den Gliedmaßen. Es fehlte taktile, thermische und Schmerzempfindung an der Ulnarseite der rechten Hand und auf den eben angegebenen Flecken im Gesicht. Nekrose der Phalangen der vierten rechten Zehe. Lepra maculo-anaesthetica. Gesteigerte Patellarreflexe. Fußreflexe fehlen. Große organische Erschöpfung, schlechter Schlaf.

Psychisches: Unorientiert über Zeit, Ort und Umgebung. Gleichgültige Stimmung. Langsame Ideenverbindung. Abgestumpftheit und Hang zu Schmutzereien. Versteht schlecht und hat fast gar keine Aufmerksamkeit. Für Ereignisse der letzten Zeit sehr wenig Gedächtnis. Spricht langsam und leise. Dementia senilis.

Infolge der Lepra, an der sie litt, wurde sie in den Infektionspavillon am 24. 4. 1905 gebracht, wo sie am 14. 9. desselben Jahres starb. Die Obduktion wies Arteriosclerosis cardio-pulmonalis nach.

Keine viszerale lepröse Störung.

7. Fall. J. J. M., 62 Jahre alt, weißer Portugiese, verheiratet, Kaufmann. Er kam am 26. 10. 1905 zum fünften Male in die Irrenanstalt, wo er zum ersten Male 1866, und zwar an Manie, behandelt worden war.

Anamnese: Nach Angabe des Kranken soll die ganze Familie gesund sein (?). Die Kindheit verlief gut; er hatte keine ernsten Krankheiten, war ein guter Schüler, wenn auch ein bißchen streitsüchtig. In der Pubertät Masturbation. Als Erwachsener ein wenig streitsüchtig. Philanthrop. Glücklich verheiratet. Acht Kinder, von denen das letzte an der Lepra starb. Dreimal fand Fehlgeburt statt. Sein Leben als Geschäftsmann war bewegt mit abwechselndem Erfolge, begleitet von Uneinigkeiten, Streitigkeiten und Prozessen. Gibt an, das gelbe Fieber und venerisches Ulcus gehabt zu haben. Mäßiger Alkoholiker. Keine physischen Traumen.

Verlauf der Krankheit vor dem letzten Eintritt: Er kommt zum fünften Male in die Anstalt. Außerdem habe ich ihn schon einmal in der Irrenanstalt in Bahia beobachtet. Dort mußte er vom Bord des Dampfers „Clyde“ absteigen, auf dem er nach Europa fahren wollte, um wichtige Geschäfte abzuschließen. Er hatte seinen 10jährigen Sohn unvermutet mit sich an Bord genommen. Als ich ihn bei dieser Gelegenheit sah, zeigte er alle Hauptsymptome der Manie. Sehr gerötetes Gesicht, strahlende Augen, heitere und sehr erregte Physiognomie. Er trug unordentliche Kleidung und hatte einige Auszeichnungen aus buntem Papier auf der Brust, welche Abzeichen seines höheren Ranges unter den Freimaurern vorstellen sollten. Wenn er klarer war, erzählte er mit lauter Stimme, was an Bord vorgefallen war, und daß er sich wieder ausgeschifft habe, um nicht länger unter den unverschämten Engländern zu leiden usw. Hin und wieder hatte er Ideenflucht. Flatterhaftes Delirium mit unzusammenhängenden Größenideen; er war nacheinander General, Admiral,

Arzt, Retter Brasiliens, Polyglotte usw. Er verteilte Stellungen unter die Ärzte und Angestellten und hatte sonderbare und andauernde Illusionen. Halluzinationen waren nicht bemerkbar. Ausgesprochene erotische Tendenzen.

Mitten in der größten Überschwänglichkeit vergoß er die heißesten Tränen, wenn er an seinen Sohn dachte, von dem man ihn natürlich getrennt hatte. Er war damals nicht leprakrank.

Der Anfall, der ihn in Bahia hatte Halt machen lassen, war der dritte seiner Art. Verwandte suchten ihn und brachten ihn von neuem in die Irrenanstalt zu Rio. Wie früher ging das Delirium vorüber, und er kehrte zu seinen Geschäften zurück. 1901 wurde er zum vierten Male und jetzt am 24. 10. 1905 zum fünften Male in die Irrenanstalt gebracht.

Untersuchung beim letzten Eintritt: mittelgroß, etwas fettleibig, erythematische Haut, Spitzohren, Läppchen herunterhängend infolge lepromatöser Infiltration. Kleiner kahler Kopf, unsymmetrischer Schädel, hypästhetische Flecken, Zunge belegt, ein wenig zitternd. Gaumengewölbe tief, Zähne angegangen, von geringer Anzahl und schlecht stehend. Thorax wohl gebildet. Puls gut. Atmungsorgan normal. Platte Leprome an den Ellenbogen, auf dem Rücken und auf der Brust. Hyperchrome und hypästhetische Zonen auf dem Rücken. Dysästhesien an der Unterseite der Unterarme. Hansen-Bazillus war in den Lepromen vorhanden. Untersuchung des Nasenschleims resultatlos. Malum perforans. Zittern in der ausgestreckten Hand. Reflexe normal. Urin: Dichtigkeit 1024; sauer; etwas Eiweiß; kein Zucker. Allgemeinbefinden befriedigend. Schlaf nicht besonders gut. Nachts geht er hin und her, will den anderen Kranken dienstlich sein usw. Vollkommene Orientierung über Zeit, Ort und Umgebung. Von Beignn der Untersuchung ab war er äußerst familiär und zeigte ein überreiches Gebärdenspiel. Seine Gedanken sind nicht verwirrt, höchstens hat er manchmal Ideenflucht. Extravagante Handlungen. Seine Stimmung ist unbeständig, manchmal vergnügt, manchmal traurig. Er hat Zeiten der Erregung, der Ruhe und der Niedergeschlagenheit, die erste herrscht vor, die letzte dauert nicht an. Die Erregung schlägt rasch in Traurigkeit um. Philanthrop. Er hat eine ausgezeichnete Auffassung. Gehörillusionen, aber nicht häufig. Er sucht sich in alles zu mischen, was in seiner Gegenwart vorgeht. Er hat eine übermäßige psychomotorische Tätigkeit (Hyperbulie nach *Emminghaus*). Unsystematisierte und veränderliche Größenideen. Bald ist er General, Arzt, kann alle Sprachen, will Brasilien retten usw. Er spricht langsam, aber mit starker Stimme. Keine Stereotypien. Schreibt viel, immer an hochgestellte Persönlichkeiten der Republik. Die Briefe haben wenig Zusammenhang, es sind Drohungen gegen die ihn umgebenden Personen, Klagen, Machtvorstellungen usw. Schrift unregelmäßig, große schräge Buchstaben, fast parallel mit den Linien, die er wegen schwacher Sehkraft nicht gut innehalten kann.

Diagnose: Manisch-depressives Irresein (Manie prädominierend) und Lepra mixta. Am 4. Januar starb Patient fast plötzlich. Die Obduktion ergab eine fettige Degeneration des Herzens. Kein viszerales Leprom. Nephritis parenchymatosa. Magendarmtrakt stellenweise leicht hyperämisch, sonst nichts Abnormes. Das Gehirn, Rückenmark und Nerven wurden behufs genauerer späterer mikroskopischer Untersuchung herausgenommen.

Wäre nicht in diesem Falle die Geisteskrankheit 36 Jahre vor dem Auftreten der Lepra vorhanden gewesen, und bestätigten nicht die Aufzeichnungen der Irrenanstalt, daß dieser Kranke bei seinem viermaligen früheren Eintritt in die Anstalt die Lepra noch nicht hatte, hätte ich ihn endlich nicht in Bahia gesehen und untersucht, so könnte jemand in diesem Fall die Psychose als von der Lepra herstammend betrachten, mit welcher der Kranke das letztemal in die Irrenanstalt kam. Es handelt sich also nur um das zufällige gleichzeitige Vorhandensein der beiden Krankheiten bei demselben Patienten.

Bei Gelegenheit dieser Fälle schrieb ich im Jahre 1905 folgendes:

„Weil unter den vielen Leprakranken in den Leprahospitälern von Rio und Bahia nur 2 Fälle von Geistesstörung beobachtet wurden und Dr. *Franco da Rocha* nur dreimal geistesgestörte Lepröse in S. Paulo fand, scheint mir, der ich auch viele Lepröse und noch mehr Geisteskranke gesehen habe, die Annahme gerechtfertigt, daß das Zusammentreffen beider Krankheiten nicht gewöhnlich ist.

Weiter sind bis jetzt (1905) meines Wissens nur die Fälle von *Orbeli* (Lepra, Manie und Dementia), von *Ashmead* (Lepra und Melancholia) und von *Filaretopoulos* (Lepra und manisch-depressives Irresein, Lepra und Dementia) veröffentlicht. In keinem dieser Fälle scheint mir deutlich, daß die beobachteten Geisteskrankheiten von der Lepra herstammen.

In Anbetracht der oben berichteten mikroskopischen Forschungen ist von vornherein anzunehmen, daß die leprösen Toxine, welche auf die Gehirnzellen eines Prädisponierten wirken, eine Psychose herbeiführen können.

Außerdem müssen wir Autointoxikationen in Betracht ziehen, welche bewirkt werden können durch Störungen des Stoffwechsels und viszerale Veränderungen in den Nieren und besonders an der Leber.

Die Komplikationen der Lepra: Tuberkulose, Streptokokkie, Arteriosklerose usw. erklären oft das Auftreten von Psychosen bei Leprösen. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß die Geistesgestörten auch Lepra bekommen können, weil die zur Geisteskrankheit Prädisponierten nicht gegen den Hansen-Bazillus immun sind. Es lohnt sich nicht der Mühe, ausführlich von jenem Subdelirium oder dem Delirium selbst zu sprechen, welches mit der Schlußphase der Leprakachexie gleichzeitig auftritt, weil



es sich in nichts von jenem unterscheidet, das auch am Ende anderer Kachexien vorkommt."

Nachdem ich meinen Artikel in den Archivos brasileiros de Psychiatria veröffentlicht, hatte ich Gelegenheit, zwei weitere Leprakranke mit Geistesstörungen zu sehen, einen Mann und eine Frau.

Folgendes ist der Hauptinhalt der Beobachtungen, die ich später eingehender veröffentlichen werde, weil die mikroskopische Untersuchung des umfangreichen Materials, welches von einem dieser Kranken herrührt, noch nicht abgeschlossen ist.

8. Fall. — Lepra maculo-anaesthetica mit sekundären Infiltrationen. Saturnino N. Mischling von Weißer mit Indianer, 40 Jahre alt, ledig, wurde vom Leprakrankenhaus am 12. Januar 1907 in die Irrenanstalt gebracht. Vater und Bruder Alkoholiker. Ob früher neuropathische Fälle in der Familie vorgekommen, weiß man nicht. Patient hatte Masern, Sumpffieber, Lepra und ist Trinker. Vor 10 Jahren war er in einem Steinbruch gefallen, beschädigte sich sehr am Kopfe und Rücken. Im August 1906 wurde er von seiner Vaterstadt nach Rio de Janeiro in das Leprahospital geschafft, weil er an der genannten Krankheit seit 3 Jahren litt. Damals war noch keine Geistesstörung bemerkbar, welche sich erst einige Zeit später nach seiner Aufnahme zeigte. Er kam dann in die Irrenanstalt, wo wir ihn bis zu seinem am 22. 5. 1908 erfolgten Tode beobachtet haben.

Januar 1907: Unterer Prognatismus, Vorderschädel unsymmetrisch. Hyperchromische und hypästhetische Flecken an mehreren Stellen des Körpers, an den Ellenbogen lepröse Infiltrationen. Hände krallenartig. Ausgesprochene Muskellähmung an den Füßen und Ankylose an den Zehen. Malum perforans an den Fußsohlen.

Geisteszustand: Größenideen. Ist Jesu und Marias Sohn und deswegen Herr der ganzen Welt und was in ihr ist. Er besitzt alle Reichtümer und heilt alle Übel und Leiden, weil er in sich die drei herrschenden Geister des Weltalls vereinigt. Er behauptet, mehrere Sprachen zu sprechen, seine Stimmung ist unbeständig. Hat Gesichts- und Gehörhalluzinationen. Während der Untersuchung unterbricht er die Unterhaltung bisweilen, um Geister anzuhören, die mit ihm sprechen und ihn über wichtige Angelegenheiten um Rat fragen. Für die Familie hat er wenig Anhänglichkeit. Schlaf nicht gut. Patellarreflexe herabgesetzt.

Oktober 1907: T. 37,5, Puls 142. Patient ist stark abgemagert. Die Haut ist faltenreich und trocken, etwas dunkel pigmentiert. Der Rumpf, die beiden oberen und unteren Extremitäten sind besetzt mit zahlreichen verschieden großen anästhetische Flecken. Die Muskulatur der distalen Hälfte beider Unterarme auffallend verdünnt. Die Finger beider Hände in Kontrakturstellung. Der Kleinfinger- und Daumen-

ballen beiderseits geschwunden. Alle kurzen Muskeln der Hand atrophiert. Statt der fehlenden Phalangen sind glatte, abgerundete Stümpfe nachgeblieben. Verdickung des N. ulnaris an beiden Ellenbogen. Endphalangen der Zehe des linken Fußes fehlen. An der rechten Fußsohle ein Ulcus perforans. An der Vorderseite des rechten Schenkels drei kleine bräunliche Hautinfiltrate. Leprabazillen. Gesichtshaut schuppend. Augen nicht schließbar, da das untere Lid fixiert ist. Lagophthalmus, Konjunktivitis. Pupillen ungleich, reagieren prompt. Herzdämpfung verkleinert. Herztöne dumpf. Atmungsorgane o. B. Leber vergrößert. Patellarreflexe herabgesetzt.

Psychisch bot er folgende Erscheinungen: Massenhafte Konfabulationen, ganz kritiklos und phantastisch, man habe ihm Ohren und Finger abgeschnitten, die Zunge ausgerissen, usw. Außerdem eine Menge amnestischer Konfabulationen. Dementsprechende Personenverkennungen; spricht dieselbe Person aber gleichzeitig mit ihrem wirklichen und einem ganz anderen Charakter an. Spricht den ganzen Tag, bald leise, bald erregt schimpfend. Nachts oft delirant, unruhig. Größenideen phantastischer Art, sei Sohn von Christus und Maria, alleiniger Besitzer der Erde, spricht viele Sprachen, kann alle Krankheiten heilen usw. Sehr gedankenarm. Seine Konfabulationen wiederholen sich immer wieder, werden durch Wort- und Klangassoziationen angeregt. Oft unsauber.

2. Mai 1908: Fieber 41°, Tetanus. 22. Mai: Trotz Serum-antitetanicum-Impfung Exitus letalis. Obduktion, nach 4 Stunden ausgeführt, ergibt, was das Gehirn anbelangt, eine leichte Verwachsung der Dura mit der Pia auf dem Scheitel, mäßigen Blutgehalt des Gehirns und seiner Häute. Das Gehirn wog 1255 g. Makroskopisch keine Veränderungen desselben. Gehirn mit Gasserganglien, Rückenmark mit Spinalganglien und kleine Stücke von Nerven (facialis, brachialis, ulnaris usw.) sowie die Augen mit den dazu gehörigen Nerven wurden für spätere mikroskopische Untersuchung herausgenommen.

Anatomische Diagnose: Lepra maculo-anaesthetica, Infiltratio leprosa secundaria. Myocarditis acuta. Hyperaemia, oedema pulmonum, splenitis, hepatitis, nephritis chronica, degeneratio adiposa renum. Enteritis chronica.

Die mikroskopische Untersuchung, weil noch nicht beendet, wird später veröffentlicht. Zweifellos war dieser Kranke Trinker, und seine Geistesstörungen *Korsakowsches* Syndrom. Ich glaube, daß in diesem Falle die Lepra nur zufällig mit jenen Geistesstörungen zusammentraf.

9. Fall. — A. M. da C. Schwarze, 50 Jahre alt, Witwe, Dienerin, trat am 30. 1. 1905 in das Irrenhaus zu Rio de Janeiro ein. Angeblich weder Lepra noch Nerven- oder Geisteskrankheit in ihrer Familie. Regelmäßige Entwicklung. Von Jugend auf etwas nervös, hatte aber niemals den sog. großen hysterischen Anfall. Hat lebende Kinder, 4 totgeborene. Angeblich keine Lues. Die Lepra fing 8 Jahre vor ihrer Aufnahme an.



2. 10. 1907: Pat. ist mittelgroß. Der Rumpf, die beiden oberen und unteren Extremitäten besetzt mit zahlreichen, verschieden großen Flecken. Diese Flecken haben jetzt einen unregelmäßigen, dunkelbraun pigmentierten Rand, welcher das Hautniveau nicht überragt, und eine helle Mitte. Die distale Hälfte beider Vorderarme auffallend verdünnt. Die Finger beider Hände einwärts gekrümmt. Krallenstellung mit Muskelatrophie ohne Verbildung der Finger. Falsche Predigerhand rechts. Lepröser Klempner links. Die Endphalanx der linken großen Zehe ist geschwunden. Patientin zieht beim Gehen die Fußspitzen nach wegen der Peronaeusparese. Die Flecken auf dem Körper sind anästhetisch. An den Respirations- und Zirkulationsorganen nichts Abnormes. Digestionsorgan nicht so gut. Im Harn kein Eiweiß. Pupillen mittelweit, Reaktion auf Licht gut. Patellarreflexe rechts gesteigert, links normal. Regelmäßige Menstruation. Schlaf gut. In dieser Zeit keine Zeichen von psychischer Störung.

1908: Patientin begann vor einigen Tagen zu phantasieren, hörte ihre Söhne, fürchtete, erstochen zu werden usw. Sie liegt ruhig im Bett, örtlich und zeitlich orientiert. Seit 5 Tagen, besonders abends, hört sie eine Menge Stimmen, Vorwürfe und Beschimpfungen, vom Dache Stimmen. Gastroenteritis. Davon gebessert und wieder ruhig. Die Geistesstörung dieser prädisponierten Kranken hatte den Anschein einer Hallucinose. Ich glaube, das dieser deliriöse Zustand von der Autointoxikation des Magendarmkanals abhing.

Ein wenig nach der Veröffentlichung meines Artikels gaben (Mai 1906) *Beurmann*, *Roubinowitch* und *Gougerot* aus Paris eine vorzügliche Beobachtung eines Falles von polyneuritischer Psychose bei einem Leprakranken (15). Diese Autoren scheinen die Arbeiten nicht zu kennen, auf die ich mich oben bezogen habe, und noch weniger meinen Artikel in den Archivos brasileiros, weil sie nur die Ansichten der Leprologen über den Gegenstand erwähnen. Sie schließen: ,,Notre observation est un exemple démonstratif de polynévrite lépreuse accompagnée du syndrome mental dit: Psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxémique suivant l'idée pathogénique que l'on se fait de ces troubles."

Etwas später hat Prof. *Kure* (16) aus Tokio bei einer 41jährigen leprösen Frau (Lepra tuberosa) psychische Alterationen (Verfolgungswahnideen, massenhafte Halluzinationen mit Erregungszuständen) beobachtet. Die Obduktion zeigte ödematöse und verdickte Pia an der Hirnkonvexität und im Rückenmark. Mikroskopisch: in der Großhirnrinde deutliche Nervenzellenveränderungen (intensivere Färbung des Zelleibes und des Kernes, manche Zellen verkleinert,



in manchen Zerfall der färbbaren Substanzen), auch kalkartige Entartung, Einwanderung der Gliakerne in die blassen Zellen (17).

Bei welcher klinischen Form der Lepra hat man am häufigsten das Zusammentreffen mit den Geistesstörungen beobachtet? Es ist nicht wohlgetan, Schlüsse zu ziehen, wenn man sich nur auf die kleine bisher veröffentlichte Anzahl von Fällen stützen kann. Warten wir also, bis neue Beiträge zutage kommen.

Zum Schluß einige Worte über den gewöhnlichen geistigen Zustand der Leprakranken.

Mehr als 17 Jahre studiere ich die Lepra in ihren verschiedenen Erscheinungsformen, war lange Zeit in den Leprahospitälern in Bahia und Rio tätig und hatte auch in der Privatpraxis Gelegenheit, mich eingehender mit den geistigen Zuständen der Leprakranken zu beschäftigen. Ich habe ihre Handlungsweise, soweit ihre individuelle Erhaltung in Frage kam, ihre Reaktion auf das Milieu, ihre Religions- und ästhetischen Anschauungen analysiert. Ich habe dabei solche Verschiedenheiten festgestellt, daß ich nicht im entferntesten einen Durchschnitt angeben kann, der charakteristisch wäre.

Viele Leprakranke hatten ihre Verständnisfähigkeit, ungeschwächtes Gedächtnis und die frühere Ideenverbindung durchaus bewahrt. Alle früheren Umstände, welche sich auf soziale Stellung und Geistesausbildung beziehen, in Verbindung mit einer mehr oder minder großen Anzahl erblicher Faktoren bestimmen für jeden Leprakranken die Art, wie er sein Unglück erträgt. Mehr oder weniger sind sie mißtrauisch, weil sie wissen, daß sie abstoßend wirken, und oft schämen sie sich ihrer physischen Entstellung, besonders wenn sie Forma tuberosa oder mutilans haben. Dann ist es nicht selten, besonders wenn sie früher unter Leuten von Erziehung gelebt haben, daß eine stärkere oder schwächere Traurigkeit sie zu einer resignierten Vereinsamung führt. Schon *Xavier de Maistre* hat 1811 in seinem berühmten Werk „Le lepreux de la cité d'Aoste" sehr gut den normalen geistigen Zustand eines Leprakranken zu schildern gewußt, der von seiner Krankheit überzeugt ist. Die Beklemmungen der Einsamkeit, der beständige Wunsch nach einer Zuneigung, der fortdauernde Kampf um Ergebung in sein Schicksal, verbunden mit Schlaflosigkeit und physischen Leiden, die ihn quälen, alles dies beschrieb dem berühmten Schriftsteller ein Kranker, mit dem er eine







Unterhaltung in Aosta hatte. Unter den unkultivierten Leuten im Innern Brasiliens gibt es solche, die so resigniert und selbst den Übeln ihres Leidens gegenüber so gleichgültig sind, daß es jeden wundert, der nicht weiß, wie rudimentär der Gedankengang solcher Leute ist. Auch scheinen ethnische Faktoren hierauf keinen Einfluß zu haben, denn ich habe leprakranke Bauern, Portugiesen, Spanier und Polen gesehen, welche dieselbe Gleichgültigkeit an den Tag legten. Es ist überraschend, daß der Selbstmord unter Leprösen nicht häufiger ist.

Auch unter den Degenerierten sucht sich die Lepra nicht selten ihre Opfer, und von diesen stammen meist die Leprösen mit unsittlichen Perversionen, auf die sich Prof. *Solari* aus Buenos Aires bezieht. Meine Beobachtungen reichen nicht aus, so zu verallgemeinern, wie er es tut, und den Leprakranken ganz allgemein geschlechtlich-perverse Neigungen zuzuschreiben.

Schlußfolgerungen. — Die angeführten fremden und eigenen Beobachtungen gestatten einige allgemeine Schlußfolgerungen:

I. Wir sehen erstens, daß es keine besondere Form von Geisteskrankheit bei den Leprösen gibt. Jedoch kann die Polyneuritis leprosa von dem *Korsakow*schen Syndrom begleitet sein.

II. Mit der Lepra zusammen auftretend hat man, obgleich nicht sehr häufig, beinahe alle Formen der Geisteskrankheit beobachtet.

III. Die möglichen Komplikationen der Lepra (Tuberkulose, Streptokokkie, Atherosklerose usw.) können das Erscheinen von Geisteskrankheit bei Leprakranken verursachen.

IV. Der gewöhnliche Geisteszustand der Leprösen ist verschieden und hängt von der erblichen Belastung, Erziehung sowie von den klinischen Formen der Krankheit ab.

---

## Literatur.

1. In seinem Buche über die Leprose sagt *Dom Sauton* mit Bezug auf die Komplikationen der Lepra: „J'ai vu plusieurs cas de psychopathies dont les formes et l'évolution ne différaient en rien des psychopathies classiques.“ Paris 1901. pag. 419.
2. Nur bei *Dagonet* und *Duhamel* — Traité des maladies mentales — finden sich folgende Zeilen: „Il règne dans quelques contrées et particulièrement en Scandinavie, une variété de lèpre,



décrite sous le nom de Spedalskhed, qui, dans quelques cas, s'accompagne de manifestations délirantes." Und Prof. *Kraepelin* in seiner Psychiatrie I. Bd. 1903—1904 schreibt: „Im Verlaufe der Lepra, die ja unzweifelhaft das Nervensystem häufig in Mitleidenschaft zieht, sollen Depressionszustände mit Schlaflosigkeit und starker Selbstmordneigung vorkommen. Genaueres ist jedoch darüber noch nicht bekannt." S. 45. — Noch im Jahre 1897 hat Prof. *Ehlers* auf der Leprakonferenz folgendes berichtet: „Nous ne savons rien ou très peu de chose des maladies mentales developpées sur la base de la tuberculose et de la lèpre" usw. Leprakonferenz, Berlin 1897, Band II, S. 9.

3. *Kalindero*, Leprakonferenz. Bd. III, S. 362.
4. *Chassiotis*, Über die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmark vorkommenden Bazillen. Monatsh. für praktische Dermatologie. 1887. Bd. 6, S. 1039.
5. *Colella* et *Stanziale*, zitiert nach *Bergmann*, Die Lepra. Deutsche Chirurg. Lfg. 10, S. 68.
6. *Uhlenhuth* und *Westphal*, Histologische und bakteriologische Untersuchung über einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Zentralbl. f. Bakteriol. usw. 1901. Bd. 29, S. 237.
7. *H. Lie*, Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven. Wien und Leipzig 1904.
8. *Wnukow*, Materialien zur Lehre von dem Leprabazillus. Diss. Kasan 1893, S. 65 (russisch) — bei *O. Woit*, Rückenmark, Nerven und Hautflecken bei Lepra. Lepra, Bd. I, 1900.
9. *Meschede*, Über Geistesstörung bei Lepra. Wien. Med. Blatt, 1897, Nr. 38 und Neurolog. Zentralblatt, 1897.
10. *Orbeli*, Lepra und Geistesstörung. Arch. Psychiatrii. Med. obosvenie. 1899, Bd. 52, H. I. Ref. Deutsche Med. Ztg. 1899, S. 962.
11. *P. Kowalevsky*, Lepra et alienation. Revue neurologique, 1899, S. 158.
12. *A. Sand*, Beobachtungen über Lepra. In Lepra, Vol. III, fasc. I, pag. 7.
13. *Solari*, Perversiones morales en los leprosos. Arch. de Psychiatria, 1905, S. 210.
14. *Juliano Moreira*, Psychoses en leprosos. Archivos brasileiros de Psychiatria e Neurologia, 1906 Jan., pag. 41.
15. *Beurmann*, *Roubinowitch* und *Gougerot*, Les troubles mentaux dans la lèpre. Bibl. Internationalis, 1906, vol. VI, fasc. II, pag. 107.
16 *S. Kure*, Über die Veränderungen des Rückenmarks bei einem Leprafalle. Neurologia, Bd. V, N. I, pag. I. S. Jahresbericht d. Neurologie u. Psych, X. Jahrgang 1907, S. 285.





17. Nachdem ich die gegenwärtige Arbeit geschrieben, bekam ich den Artikel von Dr. *Hugo Stahlberg*, Pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehirns bei Lepra usw., Archiv f. Psychiatrie, Berlin 1906, zu lesen. Verfasser führt folgende Schlußfolgerungen an: 1. Der Befund von Leprabazillen im Großhirn, Kleinhirn, der Medulla oblongata gehört nicht zu den häufigen. 2. Die Lepra tuberosa sowie Nervenlepra schaffen degenerative Veränderungen im Gehirn, welche an Nervenzellen, auch Nervenfasern sich abspielen; in unseren Präparaten bestehen zu gleicher Zeit Altersveränderungen. 3. Diese Veränderungen stellen keine spezifischen dar, sind unabhängig von der Erkrankung der peripheren Nerven, sie bedingen nicht die Sensibilitätsstörungen der Peripherie. 4. Auch bei anderen schweren chronischen Infektionskrankheiten werden jedenfalls ähnliche Veränderungen des Gehirns anzutreffen sein. S. 908.

# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 40. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heilbronn und Weinsberg am 6. und 7. November 1909.

Die Geschäftsführung hatten übernommen: Medizinalrat Dr. *Kemmler* Weinsberg und Nervenarzt Dr. *Max Weil*-Stuttgart. Die erste Sitzung fand am 6. November nachmittags 3 Uhr in der geschmackvoll mit Grün geschmückten Aula der städtischen Oberrealschule zu Heilbronn statt. Zu Schriftführern wurden ernannt: Dr. *Reiss*-Tübingen und Dr. *Schott*-Weinsberg.

Die Teilnehmerliste wies 68 Besucher auf: *Barbo*-Pforzheim, *H. Betz*-Heilbronn, *O. Betz*-Heilbronn, *Bilfinger*-Neckarsulm, *Boess*-Illenau, *Bumke*-Freiburg, *Buttersack*-Heilbronn, *Camerer*-Stuttgart, *Daiber*-Weinsberg, *Damköhler*-Klingenmünster, *Deetjen*-Cassel, *Ehrhardt*-Winnenthal, *Ehrmann*-Kork, *Feldmann*-Stuttgart, *Fischer*-Wiesloch, *Frank*-Zürich, *Fuld*-Heilbronn, *Gaupp*-Tübingen, *Geiger*-Rappenau, *Geißler*-Heilbronn, *Glatzel*-Göppingen, *Gleiwitz*-Stuttgart, *Groß*-Rufach, *Groß*-Stuttgart, *Haag*-Heilbronn, *Haardt*-Emmendingen, *Haßlebacher*-Ragatz, *Haßmann*-Illenau, *Hagmann*-Freiburg, *Hoche*-Freiburg, *Hoering*-Weinsberg, *Hoppe*-Pfullingen, *Jaeger*-Pforzheim, *John*-Schw. Hall, *Kemmler*-Weinsberg, *Kolb*-Kutzenberg, *Köstlin*-Stuttgart, *Krauß*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnental, *Krimmel*-Zwiefalten, *Laquer*-Frankfurt a. M., *Landerer jr.*-Göppingen, *Hugo Levi*-Stuttgart, *Lilienstein*-Bad Nauheim, *Mann*-Mannheim, *Mayer*-Weinsberg, *Meitze*-Schloß Haardt, *Obermiller*-Weißenau, *Pfersdorff*-Straßburg, *Reiß*-Tübingen, *Roemer*-Hirsau, *Roemheld*-Hornegg, *Sayler*-Weinsberg, *Schmid*-Brackenheim, *Schott*-Weinsberg, *Spraner*-Wiesloch, *Staiger*-Hohenasperg, *Staatsmann*-Emmendingen, *Steinbrecher*-Gießen, *Stengel*-Bruchsal, *Stilling*-Straßburg, *Thomsen*-Bonn, *Wachsmuth*-Frankfurt a. M., *Max Weill*-Stuttgart, *Wiedemann*-Rottenmünster, *Wild*-Heilbronn, *Wolff*-Katzenellenbogen, *Wolfskehl*-Weinsberg, *Zahn*-Stuttgart.

Den Vorsitz am ersten Tage führte Prof. Dr. *Gaupp*-Tübingen. Medizinalrat Dr. *Kemmler* begrüßte die Erschienenen und wünschte der Versammlung einen guten Verlauf. Dann ergriff Herr *Hoche*-Freiburg das Wort zum Referate über: „Die Melancholiefrage“.





Die Formulierung des Themas ist schon eine Art von Programm. Es handelt sich nicht um irgendeine Frage aus dem Gebiete der Melancholie, sondern um die Existenzfrage der Melancholie selbst. Es kann sich heute nur um einige Hauptpunkte, nicht um eine systematische Darstellung handeln. Gemeint war bei der Formulierung des heutigen Themas das Verhältnis der Involutionsmelancholie zum manisch-depressiven Irresein. Der früher lange Zeit bestehende Melancholiebegriff ist zuerst eigentlich durch *Kraepelin* erschüttert worden nach verschiedenen Richtungen (Absonderung der Melancholia attonita, Abtrennung der Angstmelancholie, Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins, Erkenntnis der Mischzustände). Auf diesem Wege lag die Umprägung des alten Begriffes der Periodizität, indem man nicht mehr eine in das Leben einschneidende Periodizität verlangte, sondern das Wesentlichste für die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins in besonderen psychologischen Zügen des Krankheitsbildes sah. Für *Kraepelin* war bis vor kurzem der letzte stehengebliebene sichere Rest der Melancholie die Involutionsmelancholie, die allerdings schon dadurch für ihn eine besondere Färbung erhalten hatte, daß bei ihr auch Verfolgungsideen als vorkommend anerkannt wurden. Trotz vielfachen Widerspruchs sind die *Kraepelin*schen Lehren bisher literarisch siegreich gewesen. Eine noch weitere Ausdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins immer unter der Voraussetzung, daß dieses eine klinische Einheit sei, ist dann von *Specht* versucht worden, der jetzt auch gewisse Formen der Paranoia, speziell den Querulantenwahn, im manisch-depressiven Irresein aufgehen lassen will. Das Endergebnis ist ein Zustand, bei dem ein heute auferstehender älterer Psychiater überhaupt kaum mehr die Fragestellung begreifen würde. Das Allerneueste des Auflösungsprozesses der Melancholie ist nun das Schwinden der Selbständigkeit der Involutionsmelancholie. *Thalbitzer* hat schon vor einigen Jahren, konsequenter als *Kraepelin* selbst, die Künstlichkeit der Unterscheidungsversuche aufgedeckt, wurde damals aber noch von *Kraepelin* bekämpft. Dieser hat inzwischen weitere Wandlungen durchgemacht. Er berichtet, daß er in München die Diagnose Melancholie überhaupt noch nie gestellt hätte, und erklärt in der Vorrede zum Buche von *Dreyfus*, daß die Depressionen der Involutionsperiode auch dann als manisch-depressiv aufzufassen seien, wenn sie die einzigen Anfälle im Leben bleiben und ausschließlich depressive Färbung zeigen. Das Buch von *Dreyfus* ist darum von Interesse, weil es *Kraepelin* veranlaßt hat, auf Grund der weiteren Verfolgung seines eigenen früheren Materials seine Ansichten zu revidieren, was er mit der ihn in hohem Maße auszeichnenden wissenschaftlichen Ehrlichkeit getan hat. In dem bis jetzt vorliegenden Teil der neuesten Auflage seines Lehrbuches spricht er schließlich offen aus, daß die Melancholie ihre Berechtigung als Krankheitsform verloren hat und nur noch als Zustandsbild zu gelten hat. Ich vermag in dieser Ausdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins das Heil nicht zu erblicken.

Die Begriffsbestimmung erscheint wissenschaftlich unbefriedigend, weil sie gequält ist, und weil sie ganz offenkundig die Tatsachen einer Theorie zuliebe zwingen und gruppieren muß, ganz abgesehen davon, daß sie für praktische, prognostische Zwecke ganz unbrauchbar ist. Ich glaube nicht, daß diese Fragen durch Zahlen und Statistiken entschieden werden können, da jede Krankengeschichte bei scheinbar größter Objektivität doch immer schon Urteile von bestimmten Gesichtspunkten aus enthält. Mir erscheint die Frage ein Teil einer viel allgemeineren nach der Existenz reiner klinischer Krankheitsformen überhaupt. Ein unbefangener Blick aus einer gewissen Distanz zeigt in der klinischen Psychiatrie ein seltsames Bild, lebhaftes Arbeiten, heißes, ehrlichstes Bemühen, beinahe Geschäftigkeit im Werten und Umwerten mit der Wirkung fortgesetzten Wechsels der Inhalte und der Grenzen der Krankheitsbegriffe, aber ohne die Wirkung, irgendeinen ehrlich sich selbst Prüfenden zu befriedigen. Wer den dogmatischen Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen verloren hat, sieht deren tatsächlich auch immer weniger, und die Frage drängt sich immer mehr auf, ob das Suchen nach reinen Typen nicht überhaupt die Jagd auf ein Phantom darstellt. Unser logisches Bedürfnis nach Krankheitseinheiten ist kein Beweis für ihre Existenz. Einheiten mögen darstellen alle Psychosen, die heute schon eine organisch nachweisbare Basis haben oder haben müssen, weil sie mit Defekt endigen. Das Gebiet der Abgrenzungszweifel bilden alle im Prinzip heilbaren Geistesstörungen, die sich also aus den Elementarsymptomen der Sinnestäuschungen, Wahnideen, Stimmungsanomalien, Zuständen der Hemmung, Erregung usw. zusammensetzen. Ich glaube, daß die bisherigen Krankheitsformen als Einheiten viel zu groß sind, bin aber ebenso überzeugt, daß die Elementarsymptome allein als Einheiten wiederum zu klein sind. Es wäre möglich, daß wir weiter kämen, wenn wir uns nach Einheiten zweiter Ordnung zwischen diesen beiden genannten umsehen, regelmäßig wiederkehrenden Symptomverkuppelungen, die wir zum kleineren Teile kennen, zum größeren zu finden hoffen, wenn die Aufmerksamkeit erst einmal darauf eingestellt ist. Präzedenzfälle für die Auflösung der größeren früheren Einheiten in kleinere liegen vor in der Geschichte der Hypochondrie, der Neurasthenie, der Hysterie, Begriffe, über die, wenn sie in adjektivischer Form auftreten, kein Zweifel besteht. Auf dem Gebiete der eigentlichen Psychosen stellen heute schon die Symptomverkuppelungen (Syndrome), die wir adjektivisch als paranoisch, delirant, katatonisch, melancholisch bezeichnen, solche immer wiederkehrende Symptomkombinationen dar, über deren Inhalte kaum ein Zweifel besteht. Möglicherweise handelt es sich dabei um bereits normalerweise parat liegende Symptomverbindungen; wenigstens würde darauf die im großen und ganzen, unabhängig von der Individualität, überall vorhandene Gleichmäßigkeit solcher Dinge hinweisen. Vom Krankheitsbild der Melancholie wird das, was wir in Adjektivform „melancholisch" nennen, unantastbar bleiben. Im übrigen aber finden sich



in bezug auf Einzelheiten, Dauer, Häufigkeit, usw. alle möglichen Abstufungen, die klassifikatorische Versuche im einzelnen als aussichtlos erscheinen lassen. Die sog. Melancholiefrage wird damit nicht gelöst, aber sie verschwindet, weil sie hinter der viel tiefer greifenden, nach der Existenz reiner Krankheitsformen bei den funktionellen Psychosen überhaupt, zurücktritt. (Ausführliche Veröffentlichung in *Gaupps* Zentralblatt.)

Diskussion. — *Kreuser*: Fast elegisch hat der Ref. das Schwinden der alten Krankheitsbilder und das Unbefriedigende der neueren Klassifikationsversuche geschildert. Ich kann ihm darin nur beipflichten und sehe einen wichtigen Grund dafür in dem verfrühten Bestreben, die Fülle der psychopathologischen Krankheitserscheinungen auf naturwissenschaftlicher Grundlage scharf auseinander zu halten, so daß Ätiologie, Anatomie, Verlauf und Ausgänge gleichmäßige Merkmale für die Krankheitstypen abgeben sollen. In ätiologischer Hinsicht weist das vor allem auf eine scharfe Trennung endogener und exogener Erkrankungen hin. Diese wird aber kaum je möglich sein; endogene Anlage führt nicht notwendig zur Erkrankung und gibt, wenn es zur Erkrankung kommt, nicht immer dieselben Krankheitstypen. Dasselbe gilt von den exogenen Ursachen. In weitaus den meisten Fällen müssen beiderlei Ursachen zusammenwirken, damit es zur Krankheit kommt. So ist es ganz selbstverständlich, daß je nach Gruppierung der Ursachen und ganz besonders nach der so ungemein variablen individuellen Veranlagung die einzelnen Krankheitsbilder so ungemein verschiedene werden müssen, so daß keine Systematisierung je ganz befriedigen wird. Man wird immer wieder darauf angewiesen sein, aus gewissen Symptomengruppen „Zustandsdiagnosen" zu stellen, d. h. die Krankheitsbilder zu benennen nach dem, was man vor sich hat, ohne zu viel Einfluß der doch immer unsicheren Prognose. Unter diesen Diagnosen wird die Melancholie wohl immer einen wohlberechtigten Platz behalten nicht nur für das höhere, sondern auch, immerhin seltener, für das jugendliche Alter.

*Thomsen* betont den individuellen Faktor bei den Krankheitsbildern und warnt davor, daß Heilbarkeit bzw. Unheibarkeit ausschlaggebenden Einfluß auf die Stellung der Diagnose ausüben.

*Gaupp*-Tübingen legt eingehend dar, warum er die pessimistische Auffassung bezüglich der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Systematik der Psychosen nicht teilen kann. Er stimmt mit *Hoche* darin überein, daß der heutige Stand der klinischen Formenlehre noch nicht befriedige, und daß man gerade beim Unterricht die Unzulänglichkeiten dieser Lehre sehr peinlich empfinde. Allein daraus, daß wir heute noch weit von einer befriedigenden Lösung entfernt sind, den Schluß zu ziehen, daß eine solche Lösung überhaupt nicht möglich, die Fragestellung also falsch sei, kann *Gaupp* nicht für berechtigt anerkennen. Man kann billigerweise nicht verlangen, daß die klinische Forschungsrichtung, die mit *Kahlbaum* einsetzt,

innerhalb weniger Dezennien ein einwandfreies System der Geisteskrankheiten liefere, zumal nun eben einmal die Psychiatrie sowohl erkenntnistheoretisch (Unvergleichbarkeit körperlicher und geistiger Vorgänge) als auch individualpsychologisch eine ganz eigenartige Stellung einnimmt. *Hoches* Stellungnahme wirkt lähmend auf die Forschung und kann deshalb so lange nicht als zwingend anerkannt werden, als nicht der Beweis erbracht ist, daß es tatsächlich reine Krankheitsformen in der Psychiatrie nicht geben kann. Dieser Beweis ist aber noch in keiner Weise erbracht. Und es kann doch wohl nicht verkannt werden, daß wir auch auf dem Gebiete der funktionellen Psychosen seit *Griesinger* Fortschritte gemacht haben. Daß übrigens auch *Hoche* selbst die durch *Kraepelin* geschaffene Einteilung der Psychosen nicht verwirft, geht daraus hervor, daß eben in diesen Tagen aus seiner Klinik eine Arbeit erscheint, die auf Grund sorgfältiger Studien an dem Freiburger Material zu dem Ergebnis kommt, daß bei der Dementia praecox einerseits und bei den Affektpsychosen andererseits Gleichartigkeit der Vererbung bestehe. Ein derartiges Resultat ist doch nur möglich, wenn die beiden Gruppen in der Tat wesensverschiedene Krankheiten in sich beherbergen, wenn also *Kraepelins* Systematik hier auf richtigem Wege ist. In der Tat hebt auch die Verfasserin selbst hervor, daß ihre Ergebnisse die *Kraepelin*sche Klassifizierung in der Hauptsache bestätigen. (Vgl. *Rosa Kreichgauer*, Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Zentralbl. für Nervenh. und Psych., S. 877, 1909.)

*Hoche* (Schlußwort): Ich stelle zunächst mit Vergnügen fest, daß wenigstens für den negativen Teil meiner Ausführungen Zustimmung herrscht. Ich sehe darin eine mir erfreuliche Wandlung seit meinem Münchner Vortrag, in dem ich zuerst ähnliche ketzerische Anschauungen zum Ausdruck gebracht habe. Wenn *Gaupp* sagt, daß er die Schlüsse des positiven Teiles meiner Erwägungen noch nicht mitmachen könne, so lege ich für mich dabei den Nachdruck auf das „noch nicht". Die Vertröstung auf bessere Einsichten in der Zukunft ist nicht besonders trostreich, da wir uns damit nun schon so lange hinhalten. Wichtiger scheint mir, daß wir prinzipiell den bisherigen Weg verlassen, der nach meiner Überzeugung weder in naher noch in ferner Zukunft zum Ziele führen wird, weil die Fragestellung falsch ist. Was die Syndrome anbetrifft, so habe ich darüber nur einen vorläufigen Hinweis geben können. Selbstverständlich meine ich nicht, daß nun jedes beliebige Einzelsymptom dort hineingehöre, da man zweifellos einen ziemlich breiten Spielraum der individuellen Einzelgestaltung annehmen muß. Wir sollten, meine ich, mehr den Blick auf die große Zahl der als gemeinsamer Besitz der verschiedenen klinischen Anschauung anzusehenden Dinge richten, und da erscheint mir als nächstliegende Einheit das, was ich vorher als Symptomverkuppelungen regelmäßig wiederkehrender Art bezeichnete. Das von *Thomsen* vorhin angeführte Beispiel der unvermittelt auftretenden Vorstellungen in epileptischen Zuständen würde übrigens im normalen

Traum schon seine Analogien finden. Praktischen Bedenken würde eine solche Zertrümmerung der klinischen Einheiten, wenn man es so nennen will, nicht begegnen, da es, wie mich die Handhabung des psychiatrischen Unterrichts und des Staatsexamens schon lange gelehrt hat, zweifellos möglich ist, die für den Arzt notwendigen psychiatrischen Kenntnisse auch ohne näheres Eingehen auf klassifikatorische Eigensinnigkeiten zu vermitteln und festzustellen.

*Lilienstein*-Nauheim: „Psychiatrisches von einer Weltreise".

Die Reise wurde in Genua angetreten und führte nach Ägypten, durch den Suezkanal über Ceylon nach Australien, Penang, Singapore, Hongkong und Kanton, Schanghai, Japan, Honolulu, Baltimore und New York.

Ägypten wird als Winterstation auch für gewisse Formen nervöser und rheumatischer Erkrankungen (Ischias, Neuritis, Depressionszustände) gekennzeichnet, während es bisher seiner Lufttrockenheit wegen vorzugsweise für Nieren- und Lungenkranke als angezeigt galt.

Das eigenartige Volksleben des Orients zeigte sich dem Arzt speziell auch in der Frequenz der einzelnen Geisteskrankheiten. Alkoholismus z. B. bestand nur bei 1½ % der mohamedanischen Geisteskranken (in Europa durchschnittlich 20—30 %). Dagegen bildete Haschisch und Opium in ca. 9 % und in Ägypten die Pellagra (in 12 %) bei der armen Bevölkerung eine häufige Krankheitsursache.

Die Opiumvergiftung gleicht in allen ihren Stadien, vom einfachen Rausch bis zum chronischen Mißbrauch und der Kachexie, vollkommen dem Alkoholismus. Das gilt auch von den psychischen, intellektuellen und ethischen Veränderungen. Für den Psychologen und Psychiater von speziellem Interesse sind die Formen der religiösen Suggestivbehandlung, die Vortragender auf seiner Weltreise bei den Mohamedanern, bei Buddhisten in chinesischen und japanischen Tempeln und endlich bei christlichen Gesundbetern beobachtet hat.

In Konstantinopel wird von den „tanzenden Derwischen" die Heilung von Kinderkrankheiten durch „Fußauflegen" betrieben. In chinesischen Tempeln zieht der Kranke aus einem geweihten Würfelbecher nicht nur seine Diagnose, sondern zugleich das für ihn passende Medikament.

In japanischen Tempeln reiben die Kranken an einem Götzen die Stelle, an der sie zu leiden glauben. Mit den Gesundbetern (Christian science) haben sich in neuester Zeit merkwürdigerweise selbst amerikanische Ärzte liiert.

In den australischen Anstalten fand Vortr. trotz des kolonialen Charakters der meisten Städte recht moderne Einrichtungen. Die Irrenanstalten sind im Pavillonsystem erbaut. Die Kranken werden zweckmäßig unter guter ärztlicher Aufsicht gepflegt und beschäftigt.



In China ist die Krankenpflege in keiner Weise entwickelt. Sie liegt in den Händen von Priestern und Kurpfuschern. Die Geisteskranken werden in den Familien behalten, bei Erregungszuständen in inhumaner Weise festgebunden. Die wenigen von Engländern, Franzosen und Amerikanern, neuestens auch von Deutschen eingerichteten Hospitäler, von Missionsgesellschaften gegründet, wirken zum mindesten vorläufig außerordentlich segensreich.

Einen hohen Stand der Kultur und damit auch der Kranken- und Irrenpflege hat Japan in den letzten 50 Jahren erreicht.

Für die interessantesten Nervenkliniken der Welt hält Vortr. das Hôpital Bicêtre in Paris und das Hospital for Paralysed and Epileptics in London. In der Organisation der öffentlichen Irrenfürsorge sei Deutschland am weitesten gediehen.

Die Ausführungen werden teilweise durch Lichtbilder veranschaulicht.

*Thomsen*-Bonn: Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik.

Der praktische diagnostische Wert der neuen Methoden der Lumbalpunktion und der Serodiagnostik, besonders aber der Kombination beider Methoden für die praktische Psychiatrie ist erheblich. Vortr. erörtert allgemein und an der Hand eigener Beobachtungen, daß das Vorhandensein resp. Fehlen der vier Reaktionen (Pleozytose, Eiweißvermehrung, Wassermann-Reaktion im Blut und im Liquor cerebrospinalis) sowohl im ganzen wie im einzelnen resp. ihre gegenseitige Gruppierung sehr wichtige differentialdiagnostische Schlüsse mit Bezug auf die gegenseitige Abgrenzung von Paralyse, Hirnlues, nicht luische organische Erkrankungen und funktionelle Neurosen und Psychosen ermögliche. Obwohl noch viel gearbeitet werden muß, und gelegentlich das Ergebnis die Diagnose zu erschweren und verwirren vermag, hält Vortragender das bisherige Resultat doch schon für genügend sicher und wichtig, um auf Grund desselben zu wünschen, daß sich jeder Irrenarzt mit der Ausführung der Lumbalpunktion und der Untersuchung des Punktates vertraut mache und sich für die serologischen Untersuchungen der Mitwirkung eines Fachmannes versichere. Selbstverständlich ist niemals außerdem die klinische Beobachtung und die neurologische körperliche Untersuchung zu vernachlässigen.

Diskussion. — *Kreuser* wirft die Frage auf, ob es berechtigt ist, bei Untersuchungsgefangenen zu differentialdiagnostischen Zwecken die Lumbalpunktion eventuell gegen ihren Willen vorzunehmen? — Für die Behandlung Paralytischer wird die Serodiagnostik vorerst kaum von einschneidender Bedeutung sein. Antiluische Behandlung von Paralytikern kann doch wohl nicht in Frage kommen.

Die Zukunft wird lehren, ob die serologischen Untersuchungen durch



bessere Kontrolle der Heilung von Syphilis prophylaktisch die Häufigkeit der Paralyse herabsetzen können.

*Hoche* glaubt, daß bei entsprechender Belehrung der Untersuchungsgefangenen kaum ein Widerstand gegen die Lumbalpunktion vorhanden sein wird.

*L. Mann*-Mannheim erwähnt einen Fall, bei dem die Untersuchung des Spinalpunktats und die *Wassermann*sche Reaktion von wesentlicher Bedeutung in einem drohenden zivilrechtlichen und Strafverfahren war. 7jähriger Junge erkrankte angeblich im Anschluß an Schläge auf Gesäß, die keine besonderen Nachwirkungen auf der Haut hinterließen, und an Fall durch Ausrutschen auf frisch gewichstem Linoleum in der Schule an Diplegia spastica. Beiderseitige reflektorische Starre und Differenz der Pupillen legten luische Ätiologie nahe. Zunächst wird derartiges entrüstet abgelehnt. Sämtliche Untersuchungen fallen positiv für Lues aus (Pleozytose, Eiweißvermehrung, Nonne und Wassermann positiv). Dementsprechende Begutachtung. Nachträglich läßt sich anamnestisch nachweisen, daß der Junge wegen der Pupillenstörungen schon im Alter von zwei Jahren in ärztlicher Behandlung war, daß er als kleines Kind Sublimatbäder bekam, daß der Vater „allerdings erst nach der Geburt des Kindes“ Condylomata lata hatte, und daß der Anfang der spastischen Erkrankung doch wohl schon vor dem Trauma lag.

Durch die Sicherung der Ätiologie mit den neuen Methoden wurde der begonnene Zivilprozeß gegen die Stadt und das drohende Strafverfahren gegen den Lehrer inhibiert.

*Thomsen* (Schlußwort).

*Stilling*-Straßburg: „Zur Kenntnis der Einwirkung des Kobragiftes auf die roten Blutkörperchen von Geisteskranken.“

Die Grundlagen für die Kobragiftreaktion im Blut von Geisteskranken haben *Much* und *Holzmann* geschaffen. Vortr. bespricht diese Versuche und berichtet sodann über eigene Nachprüfungen der Reaktion, die er nach der von *Hirschl* und *Poetzl* (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1909) angegebenen Modifikation angestellt hat. Untersucht wurden 50 Patienten aus der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld, sämtlich Fälle von Dementia praecox, wovon nur 22 positive Reaktion gaben. Vortr. kommt zu dem Schluß, daß die Reaktion, wenigstens für die Diagnose der Dementia praecox, klinisch nicht verwertbar sei.

Diskussion. — *Kreuser* bezweifelt, ob gerade die abgelaufenen Fälle von Dementia praecox das geeignete Material sind, um Schlußfolgerungen von praktischer Bedeutung zu gestatten.

*Stilling* (Schlußwort): Dahin gehend, daß die ganze Frage noch weiter verfolgt werden muß.

*Pfersdorff*-Straßburg: Zur Pathologie der Sprache.



In seinem Referate über die funktionellen Störungen der Sprache (München 1906) spricht *Heilbronner* die Vermutung aus, daß es gelingen dürfte, die sprachlichen Assoziationen in motorische und sensorische einzuteilen. Zu den bis jetzt beschriebenen und in dieser Frage zu verwertenden Fällen (conf. Gaupps Zentralblatt 1908, 2. Märzheft und 1906, Nr. 222 und Nr. 226) erwähnt Vortr. drei Fälle von manisch-depressivem Irresein, bei denen anfallweise, ohne Beschleunigung der Wortfolge, ein eigenartiger Rededrang auftrat. Die hierbei produzierten sprachlichen Äußerungen zeigten folgende Merkmale: Korrekter Satzbau und sinnlose Wahl der Worte. Von den Worten waren die Substantiva durch Wortstammassoziation verknüpft. Klangassoziationen fehlen. Diese sprachlichen Äußerungen bieten Ähnlichkeiten mit den von *Kraepelin* (Lehrbuch I, 1909, S. 423) beschriebenen Produkten. *K.* führt die Störung auf ein „Versagen der regulierenden Tätigkeit der Wortklangbilder" zurück, wie sie z. B. auch im Traume stattfindet. Diese Erklärung läßt sich auch auf die vom Vortr. geschilderten Fälle anwenden, sie findet aber außerdem eine Bestätigung in der Tatsache, daß nur Wortstammassoziationen vorkommen, die Klangbilder demnach versagen. Aus dem Umstand, daß nur die Substantiva assoziative Verknüpfung zeigen, ist ferner zu schließen, daß die Substantiva einem anderen Mechanismus unterliegen, wie die übrigen Satzbestandteile. Daß dem so ist, beweist Vortr. an der Hand einer Anzahl von Fällen von Dementia praecox. Es handelt sich um wiederholte Anfälle der Psychose. Die einzelnen Formen zeigen neben anderen Verschiedenheiten spezifische Störungen der Sprache, insbesondere die Bildung von Substativreihen oder von Sätzen ohne Substantiv oder mit sinnloser Wortwahl. Zum Schluß erwähnt Vortr. zwei seit 15 Jahren beobachtete Fälle von Katatonie, welche eine der oben beschriebenen sehr nahestehende Sprachstörung anfallweise darboten (doch ohne Wahnideen) sich aber durch andere Merkmale als sicher katatonisch erwiesen. (Der Vortrag wird im *Gaupp*schen Zentralblatt erscheinen.)

Darauf wurde die erste Sitzung geschlossen. Um 7 Uhr versammelte sich der größte Teil der Besucher zu einem Mahle in der Harmonie, bei dem Herr *Kemmler* die Gäste mit launigen Worten begrüßte und Herr *Hoche* in humorvoller Rede allen an dem Gelingen des Kongresses Beteiligten für ihre Mühewaltung dankte.

Am Sonntag, dem 7. November, fand sich schon kurz nach 9 Uhr eine stattliche Zahl von Kollegen in der K. Heilanstalt Weinsberg ein, wo sie von Herrn *Kemmler* begrüßt und nach einer einleitenden Erläuterung durch einen Teil der Anstalt geführt wurden. 10¼ Uhr eröffnete der Vorsitzende Herr *Kreuser* die 2. Sitzung.

*Gaupp*-Tübingen: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia.



Vortr. erläutert zunächst die zwei Hauptfragen in der Lehre von der Paranoia: 1. ihre klinische Stellung im System der Psychosen mit Wahnbildungen und 2. die Bedingungen und den Entstehungsmodus der progressiven systematischen Wahnbildung (primäre Bedeutung des Affekts, Einfluß der Veranlagung, Paranoia und Schwachsinn). Die systematische Frage hat sich neuerdings namentlich nach zwei Richtungen hin weiterentwickelt: 1. ist der Querulantenwahn der Typus der echten Paranoia als einer erworbenen Geistesstörung eines früher ganz gesunden Menschen? 2. Handelt es sich bei der Paranoia im Sinne *Kraepelins* um einen eigentlichen Krankheitsprozeß, von dem ein vorher gesundes und nicht paranoid veranlagtes Individuum befallen wird? oder ist die Paranoia die psychologische Fortentwicklung einer abnormen paranoischen Veranlagung? Wird der Paranoiker als solcher geboren (*Rieger-Reichardt* u. a.). Oder hat endlich *Specht* recht, der die Paranoia neuerdings in dem manisch-melancholischen Irresein aufgehen läßt? In der Auffassung des Querulantenwahns schließt sich der Vortr. der neuerdings wiederholt geäußerten Meinung (*Tiling*, *Heilbronner*, *Siefert*, *Bonhöffer* u. a.) an, nach der sich der Querulantenwahn aus der querulatorisch veranlagten Persönlichkeit herausentwickelt; die Charakterveranlagung ist für die Entwicklung des Wahnes wesentlich. Der Querulant ist eine psychopathische Persönlichkeit von jeher, er ist — das hat namentlich *Neißer* immer betont — nicht der Typus der chronischen Paranoia.

Vortr. geht dann weiterhin auf die feinsinnigen Arbeiten von *Max Friedmann* ein, der auf mildere Verlaufsformen der Paranoia aufmerksam gemacht hat, die der überwertigen Idee *Wernickes* verwandt sind. Ähnliche Fälle hat *Ziehen* im Auge, wenn er von paranoiden Formen der Neurasthenie, von rudimentärer oder abortiver Paranoia spricht und Menschen erwähnt, die jahrelang, ja selbst bis zum Tode „am Rande der Paranoia gehen, ohne doch jemals wirklich dieser zu verfallen“. Immer eindringlicher wird die Frage: ist die chronische systematische Paranoia eine psychologisch durchsichtige Entwicklung einer primär psychopathischen Konstitution von paranoidem Charakter, oder kommt mit der Krankheit etwas ganz Neues, der Persönlichkeit Fremdes hinzu? Welcher Art sind die Persönlichkeiten, die später paranoisch werden? Die Aufmerksamkeit wendet sich immer mehr dieser Frage zu (*Tiling*, *Friedmann*, *Heilbronner*), wobei die verschiedenen Spielarten der degenerativen Veranlagung geschildert werden.

In der Schilderung des paranoischen Charakters vor Ausbruch der Paranoia und im Beginne des Leidens trifft man meistens eine Charakteranlage beschrieben, deren Grundsymptome Reizbarkeit, Leidenschaftlichkeit, Empfindlichkeit, gehobenes Selbstgefühl, Stolz, vorschnelles und verbohrtes Denken und Wesen sind. *Kraepelin* nennt eine Sehnsucht nach Großem und Hohem, ein geheimes Drängen nach kühner Betätigung, eine feste Überzeugung, zu etwas Besonderem geboren zu sein. *Tiling*

findet bei einer Gruppe Hochmut, Eigensinn, Dünkelhaftigkeit, selbstbewußtes Wesen, kampfbereite und entschlossene Stimmung, rachsüchtigen und nachtragenden Charakter; eine andere Gruppe zeichnet sich durch Ehrgeiz, Hochmut, Selbstsicherheit aus; eine dritte verrät eine hypochondrisch-ängstliche, verzagte, weichliche Stimmungslage. Die Kranken von denen nachher die Rede sein soll, weisen eine Grundveranlagung auf, auf die bisher nur *Janet* gelegentlich einmal aufmerksam gemacht hat, eine Veranlagung, die derjenigen der Psychasthenischen und der Zwangsvorstellungskranken sehr nahe steht. Außerdem zeichnen sich aber die nachstehenden Fälle noch dadurch aus, daß bei ihnen der ganze Verlauf ein milder ist; der Beziehungswahn ist kein generalisierter, nicht alle Wahrnehmungen und Auffassungen, die persönliche Dinge berühren, sind verändert, es fehlt der von *Neißer* besonders betonte kontinuierliche Wahnbildungsprozeß, der mit absoluter Notwendigkeit zum starren Wahnsystem des Paranoikers führt. So fehlt denn auch die stetige Progression; die abortive Paranoia wird nicht zur totalen Verrücktheit.

Die Fälle, deren Studium *Gaupp* zur Aufstellung einer abortiven Paranoia auf eigenartiger depressiv-paranoischer Veranlagung veranlaßt, haben folgende kennzeichnenden Eigenschaften: es handelte sich um gebildete Männer im Alter zwischen 25 und 45 Jahren, die von jeher gutmütig, bescheiden, wenig selbstsicher, eher ängstlich, sehr gewissenhaft, ja skrupulös waren, kurz, in ihrer ganzen Wesensart den an Zwangsvorstellungen Leidenden verwandt erschienen. Reflektierende Naturen mit Neigung zur Selbstkritik, ohne jede Selbstüberhebung, ohne Kampfstimmung. Bei ihnen setzt ganz schleichend auf der Basis krankhafter Eigenbeziehung meist in mehr weniger engem zeitlichem Anschluß an ein affektvolles Erlebnis eine unruhig ängstliche Stimmung mit Verfolgungsideen ein; dabei besteht aber ein gewisses psychisches Krankheitsgefühl; über psychasthenische Symptome wird geklagt. Die ethisch feinfühligen Naturen reflektieren zunächst darüber, ob ihre Gegner in der Tat berechtigt sind, Schlechtes von ihnen zu denken, ob sie nicht selbst durch ihr Verhalten Anlaß zu hämischer Kritik oder zu polizeilicher bzw. gerichtlicher Verfolgung gegeben haben. Es entwickelt sich aber kein melancholisches Zustandsbild, kein Verschuldungswahn, sondern es entstehen immer deutlicher bestimmte, logisch wohlbegründete und zusammenhängende Verfolgungsvorstellungen, die sich gegen ganz bestimmte Personen oder Berufe (Polizei usw.) richten. Der Beziehungswahn ist kein allgemeiner; so z. B. wurde der Arzt selbst bei monatelangem Aufenthalt in der Klinik nie in die Wahnbildung einbezogen; im Gegenteil, es bestand ein gewisses Arztbedürfnis, weil die Versicherung, daß keine Gefahr drohe, daß in der Klinik Schutz und Hilfe gewährleistet sei, beruhigend wirkte. Eine gründliche Aussprache mit dem Arzte erleichterte den Kranken für einige Zeit, aber freilich nicht für die Dauer. Konzessionen, daß es sich um krankhaftes Mißtrauen, um pathologische



Eigenbeziehung handle, werden gemacht, aber neue Wahrnehmungen im Sinne des Beobachtungswahnes lieferten eben neues Material für das Verfolgungssystem. Mit Zunahme des ängstlich-mißtrauischen Affekts, der in großen Schwankungen verläuft, werden die Verfolgungsideen präziser, und gelegentliche Sinnestäuschungen verstärken deren Realitätsgefühl. In ruhigeren Zeiten entsteht eine gewisse Einsicht für frühere Verfolgungsideen: „Das habe ich mir damals offenbar eingebildet." So geht die Krankheit jahrelang weiter, bald remittierend, bald exazerbierend, immer besteht die Grundstimmung ängstlicher Verzagtheit, und die Reflexion, was denn diese Feindseligkeiten verschuldet habe, beherrscht den Kranken. Nur vorübergehend kommt es einmal zur Empörung über die ewige Quälerei oder auch zur Abwehr wahnhafter Anfeindung. Nie Stolz oder Hochmut, nie Größenideen, durchaus logische Verarbeitung der krankhaften Beziehungsideen, keine Spur von Schwachsinn; ganz natürliches Benehmen. Die Kranken, die freiwillig in die Klinik kommen und aus ihr freiwillig ausscheiden, haben bis zuletzt volles Vertrauen zum Arzt, konsultieren ihn freiwillig wieder, wenn sie bei Ausübung ihres Berufes sich wieder mehr verfolgt und belästig fühlen, und kommen dann mit der Frage: „Kann denn das wirklich nur Einbildung sein?" Eine deutliche Progression des Leidens fehlt meist, wenn auch nicht immer. In einem Falle besteht die krankhafte Eigenbeziehung seit über zwölf Jahren, doch ist kein starres Wahnsystem entstanden, vielmehr schwanken die Verfolgungsideen in ihrer Stärke; der Kranke ist dabei fähig, seinen Beruf als Beamter auszufüllen. In relativ guten Zeiten macht sich immer eine halbe Krankheitseinsicht geltend. Die überwertige Idee beherrscht nicht im gleichen Maße den ganzen Menschen wie beim Querulanten. In diagnostischer Beziehung ist hervorzuheben, daß die Fälle sicher mit Dementia praecox nichts zu tun haben, daß sie auch keine gestreckten Phasen des manisch-depressiven Irreseins darstellen; niemals stellten sich manische Zeiten ein, kein Fall ist je ganz gesund geworden. Alkohol, Lues oder ein anderes Gift spielen keinerlei ätiologische Rolle, ebensowenig handelt es sich um Senium oder Arteriosklerose. Dagegen war in allen Fällen die depressiv-skrupulöse Veranlagung von jeher vorhanden, es handelt sich also um eine charakterogene Wahnbildung, die in gewissem Sinne eine Art Gegenstück zu der mehr manisch gefärbten charaktogenen Wahnbildung des Querulanten bildet.

Der Beweis für die Richtigkeit des kurz skizzierten Krankheitsbildes kann nur durch genaue Krankengeschichten gebracht werden, die später ausführlich mitgeteilt werden sollen.

Diskussion. — *Laquer*-Frankfurt a. M. betont die Häufigkeit der von *Gaupp* geschilderten paranoiden Symptomenkomplexe in der neurologischen Praxis der Großstadt. Er hat sie als besondere Form von Zwangsneurose angesehen und häufig nach Monaten, selbst Jahren heilen

sehen. Ihre Hartnäckigkeit hängt wohl auch mit der Stärke der erblichen degenerativen Belastung zusammen.

*Thomsen*-Bonn: Das Auftreten systematisierter, dauernder, umfassender Wahnbildung in akuter Form und mit günstigem Ausgang bei Leuten, welche vor und nach der Erkrankung durchaus keine paranoische Anlage oder Charakterentwicklung zeigen, spricht dafür, daß zur Paranoia diese Anlage nicht unbedingt gehört. Auch pflegen die Fälle, wie sie *Gaupp* berührt, bei denen sich Wahnideen der nicht generellen Beeinträchtigung auf dem Boden des Gefühles einer Verschuldung entwickeln, später zu heilen.

*Kreuser*: Nach den Ausführungen des Vortr. gewinnt auch die Paranoia an Gebiet, was ich stets für richtig gehalten habe. Querulierende und phantastische Paranoia sind wohl theoretisch, keineswegs aber immer praktisch scharf geschieden worden. Auch bei Kranken mit Zwangsvorstellungen treten paranoide Züge zeitweise sehr in den Vordergrund. Verstimmungszustände im Beginn der paranoischen Erkrankungen sind sehr gewöhnlich, so daß sie früher wohl zur Lehre von der sekundären Natur der Paranoia Anlaß gegeben haben. Daß paranoische Kranke nicht als absolut unheilbar zu bezeichnen sind, entspricht auch meiner Erfahrung.

*Kemmler*-Weinsberg hebt hervor, daß auf dem Boden der erblichen Belastung außerordentlich zahlreiche Formen und Nuancen sich finden, deren sichere Gruppierung zurzeit einwandfrei nicht möglich sein wird. Es wird noch kurz auf die Beziehungen zwischen Querulantenwahn und manisch-depressivem Irresein hingewiesen und hervorgehoben, daß gerade bei Entarteten periodische Stimmungschwankungen sich recht häufig finden.

*Gaupp* (Schlußwort): Die geschilderte Gruppe steht mit ihrer paranoischen Veranlagung der Zwangsveranlagung nahe. Es bedarf eingehender Studien, zu welchen die vorstehenden Ausführungen die Anregung geben sollen.

Es wird beschlossen, die nächste Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte erst im Jahre 1911, und zwar in Karlsruhe, abzuhalten. Als Geschäftführer wird gewählt *Neumann*-Karlsruhe.

Als Referatthema wird aufgestellt; Der Begriff des Degenerativen. Zu Referenten we·den gewählt: *Bumke*-Freiburg und *Schott*-Weinsberg.

*Laquer* schlägt vor, daß bei der Frühjahrsversammlung in Baden-Baden 1910 auch psychiatrische Themata zum Vortrag kommen sollen, wogegen sich kein Widerspruch erhebt.

*Schott*-Weinsberg: „Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene".

Der Vortr. hat folgende Leitsätze aufgestellt, welche sich auf Grund eines Materials von 32 Fällen (29 männl., 3 weibl.) ergaben. In der über-





wiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um vorbestrafte, vielfach erblich belastete und von Haus aus entartete Individuen.

Reine Psychosen sind bei dem zur Verfügung gestandenen Material sehr selten.

Die in der Haft zutage getretenen Störungen entspringen der minderwertigen Veranlagung dieser Individuen und haben meist mit der Frage der Zurechnungfähigkeit zur Zeit der Tat nichts zu tun. Diese Störungen haben sich in der Mehrzahl der Fälle nach der Aufnahme in die Irrenanstalt rasch wieder ausgeglichen.

Ein gewisser Schwachsinn, epileptische und hysterische Züge treten bei den 32 Begutachteten häufig in Erscheinung, sie sind wohl als Äußerungen der allgemeinen Entartung aufzufassen.

Psychopathische Individuen eignen sich zum größten Teil für den Strafvollzug und sind recht wohl einer Disziplinierung zugänglich, wobei irrenärztliche Überwachung wertvolle Dienste leistet.

Es ist bei der psychiatrischen Beurteilung und Begutachtung vorbestrafter, entarteter Individuen die Anwendung des § 51 des Str.-G. mit großer Vorsicht und Zurückhaltung auszuüben; insbesondere gilt das für die erste derartige Begutachtung.

Den Psychiatern ist dringend anzuraten, die Psychologie des Verbrechers genau zu studieren und sich im Verkehr mit Strafanstaltsärzten über diese Individuen möglichst zu unterrichten.

Den Strafanstaltsärzten wird gute psychiatrische Ausbildung von großem Nutzen sein.

Durch die Erfüllung dieser beiden letzten Punkte wird sich ein großer Teil der bestehenden Erschwernisse und Unzuträglichkeiten beseitigen bzw. mildern lassen.

Die Irrenanstalt muß sich nach Möglichkeit hüten, zur Detentionsstätte psychopathischer Individuen zu werden, sie schadet dadurch ihrem Charakter als Krankenhaus, verletzt durch frühzeitige Entlassung dieser Individuen das Rechtsempfinden des Volkes und gefährdet die Rechtssicherheit des Staates. Die katamnestischen Erhebungen bei begutachteten Untersuchungsgefangenen sollten allgemein durchgeführt werden, um auf breiter Grundlage fußend Leitsätze aufstellen zu können. Die Frage der Strafvollzugfähigkeit verdient eine eingehende Bearbeitung, welche nur durch Zusammenwirken von Irren- und Strafanstaltsärzten ersprießlich gestaltet werden kann. Die Einweisung in eine Irrenanstalt oder Klinik nach § 81 Str.-Pr.-O. wird auch trotz guter psychiatrischer Ausbildung der Gerichtsärzte bei den hier in Frage stehenden Individuen in Zukunft sich nicht umgehen lassen, da zur Beobachtung der ganze Apparat derartiger Spezialinstitute erforderlich ist.

Diskussion. — *Kolb*-Kutzenberg weist darauf hin, daß der im Reichsjustizamte hergestellte Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetz-





buche sich vom alten Standpunkte der Vergeltungsstrafe im wesentlichen freigemacht zu haben und mehr auf dem Standpunkte der Schutzstrafe zu stehen scheint. Damit sind für den Strafvollzug neue Gesichtspunkte geschaffen.

Für psychopathisch Minderwertige ist besonderer Strafvollzug in besonderen Anstalten oder Abteilungen vorgesehen (§ 63, Abs. 3 des Entwurfes.)

Zu These 6: Ist irrenärztliche Überwachung zu fordern. Die Disziplinierung dürfte vielleicht zweckmäßig wegzulassen sein.

Zu These 9: Für Strafanstaltsärzte ist psychiatrische Ausbildung zu fordern.

Zu These 13: Die Frage der Strafvollstreckungsfähigkeit ist, wenn der Entwurf des Reichsjustizamtes Annahme findet, weniger wichtig. Die sehr wichtige Auffassung der juristischen Kommission sollte durch uns Psychiater möglichst kräftig unterstützt werden.

Zu These 14: Gutachtensfälle, deren Verwahrung besondere, mit dem Geiste der Irrenanstalt unvereinbare Vorkehrungen erheischt, müssen zur Begutachtung in die Strafvollzugsanstalten für vermindert Zurechnungsfähige abgegeben werden können.

*Gaupp* stimmt dem Vortragenden bei.

*Staiger*-Hohenasperg: Nach unseren Erfahrungen eignen sich die Minderwertigen in der Mehrzahl für einen von ärztlichen Gesichtspunkten beeinflußten Strafvollzug. Die Degenerierten sind zum großen Teil disziplinierbar und der Disziplin bedürftig. In der Irrenabteilung auf Hohenasperg wird nicht diszipliniert; in diese werden nur die schweren und wirklich strafvollzugunfähigen Minderwertigen aufgenommen. Die Mehrzahl der Minderwertigen ist im regulären Strafvollzug zurzeit in der Invalidenabteilung, die auch Epileptiker und Schwachsinnige beherbergt.

*Stengel*-Bruchsal hat im wesentlichen dieselben Erfahrungen wie *Staiger*-Hohenasperg gemacht. Gelegentlich kommen Fälle vor, welche nicht strafvollzugfähig sind, doch befinden sich dieselben in starker Minderheit.

*Kreuser*: Die günstigen Erfahrungen über die Strafvollzugfähigkeit bei Minderwertigen und Degenerierten sind doch wohl nur da zu erwarten, wo ein Zusammenarbeiten von psychiatrisch vorgebildeten Strafanstaltsärzten gewährleistet ist. Die Erregungszustände dieser Degenerierten werden doch wohl in der Regel den § 51 zur Anwendung bringen lassen müssen. Ziffer 7 der Leitsätze gibt hoffentlich nicht Anlaß zum Wiederaufleben der Simulantenriecherei.

*Schott* (Schlußwort): Vortr. hofft, daß sich durch zahlreiche derartige Erhebungen gewisse allgemeine Richtsätze mit der Zeit gewinnen lassen werden. (Der Vortrag erscheint in der Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift.)





*Daiber*-Weinsberg: „Über Fälle von epileptischen Psychosen".

Es wird über neun Fälle von epileptischen Psychosen aus der Heilanstalt Weinsberg berichtet, die in der Hauptsache als Äquivalente sich darstellten, unter katatonischen, stuporös-depressiven, zirkulären, paranoiden und halluzinatorischen Zustandsbildern. Nur ein Fall paranoider Perioden auf Grund von nächtlichen epileptischen Halluzinationen konnte, mangels an Vortragszeit, eingehender berichtet werden. Eine ausführliche Veröffentlichung sämtlicher Fälle folgt.

Epileptische Krampfanfälle sind in vier, in den anderen Fällen nur epileptoide Erscheinungen bekannt. In drei Fällen wird Trauma ätiologisch genannt. Die Diagnose Epilepsie wurde gestellt auf Grund des epileptischen Charakters der Symptomkomplexe, meist erst nach jahrelanger Anstaltsbehandlung und wiederholten Rezidiven. Bewußtseinsveränderung war von nur einseitiger Bewußtseinsbeschränkung bis zu den schwersten Bewußtseinsstörungen immer zu konstatieren. Beginn, Aufhellung, Wechsel der Zustände gingen meist rasch von statten. Die spezifische Reizbarkeit war nebenher in allen Stimmungszuständen vorhanden, hysterieähnliches Benehmen und andere bemerkenswerte Erscheinungen in Erregungszuständen sind einigemal besonders hervorzuheben. Neben Ideenflucht in einigen Fällen ist doch meistens die Ideenarmut bei dem Sprachdrang auffallend, die Reiterationen, ein Rhythmus des Tonfalles, das Haftenbleiben, das in den schriftlichen Erzeugnissen oft noch deutlicher zutage tritt. Ferner ist bei allen Fällen die lange Dauer der Perioden, von mehreren Monaten bis über ein Jahr, interessant. Fünf Kranke sind seit Jahren in der Anstalt, zwei weitere waren schon wiederholt aufgenommen. Eine Ähnlichkeit der Zustände des einzelnen Kranken bestand immer, wiederholt waren sie ganz genau gleich den früheren. Fast bei allen Kranken ist eine eigenartige leichte Demenz vorhanden: eine Stumpfheit und allgemeine Indolenz bei stark egozentrischer Gefühlsrichtung, ein habituell argwöhnisches oder lauerndes Wesen, dagegen ist die intellektuelle Schädigung weniger auffallend. Es ist aber bei diesen chronisch sich hinziehenden Fällen, die früher nach Entweichungen oder zu frühen Beurlaubungen — und unter Alkoholeinfluß — wiederholt ihre Rückfälle erlitten hatten, durch konsequent lang ausgedehnte Anstaltsbehandlung eine ganz wesentliche Besserung erreicht worden. Eine lange Anstaltsbehandlung ist das wichtigste in der Therapie der psychisch-epileptischen Erkrankungen.

Diskussion: — *Lilienstein*-Nauheim fragt nach den spezifischen epileptischen psychischen Erscheinungen in den einzelnen Fällen, nach Erscheinungen von retrograder Amnesie, isolierten Ausfallserscheinungen, Impulsivität und Einwirkung von spezifischer Behandlung (Brom, bzw. Bromopium).

*Daiber* (Schlußwort): Weist auf die im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinende ausführliche Veröffentlichung hin.

Dann wurde die Versammlung geschlossen. Von ½1 bis ½2 Uhr wurde noch von einer Anzahl der Teilnehmer die Anstalt besichtigt, die allgemein wegen ihrer schönen Lage, ihrer freundlichen Ausgestaltung und ihres freien Charakters gefiel. Dann vereinigten sich noch einige wenige württembergische Irrenärzte zu einem gemeinsamen Mittagessen und einem anschließenden gemütlichen Plauderstündchen in der Traube zu Weinsberg.

Möge die Versammlung in Heilbronn und Weinsberg allen Teilnehmern in angenehmer Erinnerung bleiben.

*Reiß.* *Schott.*

---

## 83. ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 13. November 1909 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Becker*, *Behrendt*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Bodet*, *Buddeberg*, *Dannehl*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Fabricius*, *Flügge*, *Fuchs*, *Gerhartz*, *Gielen*, *Gudden*, *Herting*, *Herzfeld*, *Höstermann*, *Hübner*, *Hummelsheim*, *Jannes*, *Kleefisch*, *Kölpin*, *Landerer*, *Liebmann*, *Lückerath*, *Marx*, *Mörchen*, *Neu*, *Neuhaus*, *Oebeke*, *Orthmann*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pohl*, *Radermacher*, *Raether*, *Rieder*, *Schlegtendal*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schulten*, *Siebert*, *Sioli*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfenbach*, *Ungar*, *Westphal*, *Wehl*, *Wilhelmy*, *Witte*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Hackländer*-Essen-Ruhr, Dr. *Hennes*-Bonn, Dr. *Meirowsky*-Köln, Dr. *Schwan*-Bonn, Dr. *Selter*-Bonn, Dr. *Stuehlen*-Aachen, Dr. *Werner*-Grafenberg.

Zum Eintritt in den Verein melden sich: Dr. *Hackländer*, Nervenarzt, Leiter des Lührmann-Stifts in Essen-Ruhr, Dr. *Hennes*, Assistenzarzt der Psychiatrischen Klinik in Bonn, Dr. *Stuehlen*-Aachen, Kreisarzt.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung und begrüßt besonders den stellvertretenden Vorsitzenden, den Geh. Sanitätsrat *Oebeke*-Bonn, der am 4. August sein 50jähriges Doktorjubiläum und am 15. August den Tag feiern konnte, wo er vor 50 Jahren seine psychiatrische Laufbahn in Endenich (Richarzsche Anstalt) begonnen hat.

Die Frühjahrsversammlung ist dieses Jahr ausgefallen, weil der Deutsche Verein für Psychiatrie am 23. und 24. April in Köln, resp. Bonn getagt hat. Seit der letzten Sitzung hat der Verein durch Tod verloren: den Geh. Med.-Rat *Baum*-Aachen, Med.-Rat Kreisarzt a. D. *Claren*-Krefeld, zuletzt in Bonn, Professor *Hecker*-Wiesbaden und Geh. San.-Rat *Levison*-Siegburg. Dr. *E. Schmitt*-Andernach ist infolge von Weggang



aus der Rheinprovinz aus dem Verein ausgetreten. Der Vorsitzende erwähnt dann noch den Tod von *Meschede*-Königsberg und *Lombroso*-Turin.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Danneh*l, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Andernach, Militär-Oberarzt Dr. *Hartwig*-Koblenz, Dr. *Kröber*, prakt. Arzt in Rheydt, Rgbz. Düsseldorf, Dr. *Linzbach*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Düren, Geh. Med.-Rat Dr. *Marx*-Bonn, Kreisarzt a. D., Dr. *Stahl*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Johannistal bei Süchteln, Dr. *Weinbrenner*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Merzig, Dr. *Weingärtner*, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt Düren, Dr. *Wehl*, Anstaltsarzt der Prov.-Heilanstalt Bonn. Der Verein zählt jetzt 185 Mitglieder.

Durch Akklamation wird der bisherige Vorstand (*Pelman*, *Oebeke*, *Umpfenbach*, *Thomsen*, *Westphal*) wiedergewählt.

Es folgen die Vorträge:

*Westphal*-Bonn: 1. Über „amnestisch aphasische", agnostische und apraktische Erscheinungen in einem Falle von traumatischer Psychose (mit Krankenvorstellung).

Die beobachteten „amnestisch aphasischen", agnostischen und apraktischen Symptome sind in dem vorliegenden Falle wahrscheinlich nicht Folgeerscheinungen einer schwereren organischen Gehirnerkrankung, nicht als Herdsymptome aufzufassen, für welche weder der Krankheitsverlauf noch der sonstige klinische Befund bisher Anhaltpunkte ergeben hat. Der Vortragende führt des näheren aus, daß die erwähnten Symptome im wesentlichen wohl auf allgemeine psychische Störungen des Patienten, welche sich an ein Trauma angeschlossen haben, zurückgeführt werden können. Unter diesen nahmen fast völlige Aufhebung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeitstörungen (große Zerstreutheit), erschwerter Ablauf der Vorstellungen, psychomotorische Hemmung den ersten Platz ein. Bei den zahlreichen demonstrierten „Fehlreaktionen" des Kranken spielt die Erscheinung des Haftenbleibens (Perseverieren) eine sehr wesentliche Rolle. Eine Reihe der falschen Antworten ist als „Vorbeireden" aufzufassen. Der Fall wird in Verbindung mit anderen ähnlichen Beobachtungen ausführlich veröffentlicht werden.

2. Über einen Fall von Friedreichscher Krankheit (juvenile Ataxie) mit Krankenvorstellung.

19jähriger junger Mann. In der Familie keine Nervenkrankheiten nachweisbar. Geschwister besitzt Patient nicht. Syphilitische Infektion in Abrede gestellt. Keine Pleozytose. *Wassermann*sche Reaktion im Serum und Spinalflüssigkeit negativ, ebenso *Nonne*s Phase I.

Auf psychischem Gebiete leichte Imbezillität. Unter den somatischen Erscheinungen steht eine eigenartige Störung des Ganges, die sich



ohne nachweisbare Ursache im Laufe der letzten Jahre entwickelt und allmählich an Intensität zugenommen haben soll, im Vordergrund. Es besteht lokomotorische und statische Ataxie. Der Gang ist torklig, taumlig, dem eines Betrunkenen ähnlich (zerebellare Ataxie), weniger schleudernd wie bei der Tabes. Beim Stehen hat Patient sowohl bei offenen wie bei geschlossenen Augen oft Mühe das Gleichgewicht zu halten, stürzt mitunter hin. Leichtes Wackeln des Kopfes. Bewegungen der Arme etwas unsicher und ausfahrend. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen. Pupillenreaktion normal, ebenso Augenhintergrund. Keine objektiven und subjektiven Sensibilitätsstörungen. Keine Blasenstörungen. Leichte Kyphose der Wirbelsäule, vielleicht infolge der zum Zwecke der steten Fixierung angenommenen dauernd vorgebeugten Haltung des Rumpfes (*Fr. Schultze*). An den Füßen keine Anomalien, keine Überstreckung der Grundphalangen der großen Zehen.

Nystagmus nicht deutlich vorhanden. Mitunter einige ganz leichte nystagmusartige Zuckungen bei Endstellungen der Bulbi. Sprache etwas nasal, soll sich nach Angabe der Verwandten des Patienten gegen früher verändert haben. Der Vortragende führt aus, daß in diesem Falle der bestehende Symptomenkomplex trotz nicht nachweisbarer Heredität (keine Geschwister!) die Diagnose der *Friedreich*schen Krankheit sehr wahrscheinlich macht. *Fr. Schultze* bemerkt mit Recht (Lehrbuch der Nervenkrankheiten S. 351), „daß das Leiden auch bei einem einzigen Mitgliede einer sonst gesunden Familie allein auftreten könne, da es doch, um hereditär zu werden, irgend wann einmal zuerst auftreten müsse". Eine scharfe Trennung der *Friedreich*schen Ataxie von der Hérédoataxie cérébelleuse Maries läßt sich weder auf klinischem noch auf anatomischem Wege durchführen., da beide Krankheiten nicht prinzipiell zu trennen sind. (*Oppenheim*, *Nonne* u. a.).

3. Progressive Paralyse und Aortenerkrankung (mit Krankenvorstellungen).

Die Tatsache der Häufigkeit des Zusammenvorkommens von Aortenfehlern und Tabes dorsalis hat schon seit längerer Zeit die Aufmerksamkeit der Kliniker erregt und ist Veranlassung zu einer Reihe von Veröffentlichungen auf diesem Gebiete gewesen. Aus neuester Zeit ist besonders auf die interessante Kasuistik von *Rogge* und *Ed. Müller* [1])aus der *von Strümpell*schen Klinik hinzuweisen.

Bei der von der Tabes ätiologisch nicht zu trennenden progressiven Paralyse scheint auf dieses Zusammenvorkommen bisher, wie ein Blick auf die Literatur zeigt, weit weniger geachtet worden zu sein, obwohl klinische Tatsachen auf diesen Zusammenhang hinweisen. Auch die vorgestellten Fälle sind geeignet, Licht auf diese Verhältnisse zu werfen.

[1]) Tabes dorsalis. Erkrankungen des Circulationsapparates und Syphilis. Deutsches Archiv für klinische Medizin, 89. Bd., 1907.



In dem einen Falle handelt es sich um ein Aortenaneurysma, welches bereits zu Usurierung des Sternums und zu einem großen pulsierenden Tumor an der vorderen Brustwand geführt hat. Die von Herrn Professor *Esser* ausgeführte orthodiagraphische Aufnahme zeigt deutlich die sehr erhebliche Herzdilatation. In den beiden anderen Fällen liegt Aorteninsuffizienz vor. Diese Fälle betreffen Taboparalysen, während es sich bei dem Kranken mit Aneurysma um eine Paralyse mit Seitenstrangerscheinungen handelt[1]). Polyarthritis war in keinem der Fälle vorangegangen. Lues war in allen Fällen anamnestisch oder durch die Serumdiagnose nachweisbar. Die demonstrierten Fälle sollen eine Anregung bilden, dem Verhalten des Gefäßsystems, in erster Linie dem der Aorta bei Paralytikern in Zukunft besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Diese Untersuchungen haben in jüngster Zeit durch die überraschenden Resultate der *Wassermann*schen Reaktion eine sichere Grundlage erhalten[2]) und hierdurch ein großes aktuelles Interesse gewonnen.

4. Über Pupillenstörungen bei Hysterie und bei Katatonie (mit Demonstration der Kranken).

In dem ersten Fall handelt es sich um ein hysterisches junges Mädchen (große Anfälle, Hemianästhesie, Ovarie usw.), bei dem in den interparoxysmellen Zeiten Pupillenstörungen mit großer Deutlichkeit konstatiert werden konnten, während eine Untersuchung der Pupillen während der Anfälle bisher nicht gelungen ist. Die in der Regel etwas über mittelweiten Pupillen zeigen sehr häufig keine oder nur minimale Lichtreaktion selbst bei intensiver fokaler Beleuchtung im Dunkelzimmer; auch die Konvergenzreaktion ist dann erloschen, bei extremen Konvergenzstellungen der Bulbi bleiben die Pupillen weit, verengen sich nicht. (Demonstration der Erscheinung). Bemerkenswerterweise wird diese „absolute Starre" in ganz unregelmäßiger Weise von Zeiten durchaus prompter Licht- und Konvergenzreaktion unterbrochen, und zwar wird nicht selten während der Untersuchung die soeben noch gut reagierende Pupille plötzlich „starr," häufig indem sie sich ovalförmig verzieht, um nach kürzerer oder längerer Zeit wieder eine runde Form anzunehmen und zu reagieren. Daß es sich hierbei nicht um ein artefizielles Vortäuschen der Erscheinung handeln kann, braucht kaum besonders erwähnt zu werden! Diese unab-

---

[1]) Während des Niederschreibens dieses Referats wurde wiederum eine paralytische, früher syphilitisch infizierte Frau mit schwerer Aortenerkrankung (wahrscheinlich Aneurysma) in meine Klinik aufgenommen.

[2]) In dieser Hinsicht ist besonders bemerkenswert, daß *Donath* (Über die *Wassermann*sche Reaktion bei Aortenerkrankungen usw., Berl. Klin. Wochenschrift 1909, Nr. 45) in 85,3 % der untersuchten Fälle von Aorteninsuffizien und Aneurysma einen positiven Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion fand.





hängig von Anfällen bestehenden Pupillenstörungen bei Hysterie sind eine recht seltene Erscheinung.

Der zweite Fall betrifft eine jugendliche katatonische Kranke, bei der die während eines langen und schweren stuporösen Zustandes nachweisbare „katatonische Pupillenstarre" mit dem Nachlassen der stuporösen Erscheinungen allmählich verschwunden war und einem normalen Verhalten der Pupillen Platz gemacht hatte [1]). Zur Zeit, wo Patientin wieder anfängt stuporös zu werden (Mutismus, Flexibilitas cerea, Verharren in Stellungen usw.) sind die katatonischen Pupillenstörungen erneut nachweisbar geworden (Demonstration), aber noch nicht so konstant wie bei dem abgelaufenen schweren Stupor vorhanden.

Sowohl bei dieser katatonischen wie bei der hysterischen Patientin ist es wiederholt gelungen, zu Zeiten, in denen die Pupillenreaktion zwar deutlich vermindert, aber noch vorhanden war, durch kräftiges anhaltendes Händedrücken der Patientinnen nach den Angaben von *Redlich* die geringe Pupillenreaktion vorübergehend ganz zum Verschwinden zu bringen. Dieses Verhalten in Verbindung mit anderen von mir schon früher ausführlich dargelegten Momenten ist geeignet, meine Annahme, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen den Spannungszuständen der Körpermuskulatur und den Störungen der Pupilleninnervation bei den in Frage stehenden Krankheiten bestehen müsse, zu stützen. Auch *Bumke* [2]) scheint sich dieser Ansicht zuzuneigen. Eigenartige Formveränderungen der auch in der Licht- und Konvergenzreaktion gestörten Pupillen bei starkem Händedruck hat ferner vor kurzem *Apelt* [3]) bei einem diagnostisch nicht ganz klaren Fall beschrieben.

Die Tatsache des Vorkommens der von mir beschriebenen katatonischen Pupillenstörungen ist vor kurzem von *E. Meyer* [4]) bestätigt worden. Die von mir als das Hauptkriterium der katatonischen Pupillenstörung bezeichnete Erscheinung, das unregelmäßige Abwechseln von schlechter oder aufgehobener mit guter Lichtreaktion konnte *Meyer* in einer Reihe seiner Fälle konstatieren. Auch Formveränderungen der Pupillen, auf die ich besonders hingewiesen habe, fand *Meyer* teils als leichte Entrundungen, teils in sehr ausgesprochener Weise in Gestalt der

---

[1]) Bis zu diesem Zeitpunkt ist der Fall bereits in meiner Veröffentlichung „Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachteten Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der katatonischen Pupillenstarre" (Deutsche Medizin. Wochenschrift 1909, Nr. 23) beschrieben worden.

[2]) Referat, Gaupps Zentralblatt 1909, Heft 22, Nr. 238, S. 859.

[3]) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 46. Bd., 1. Heft, S. 363.

[4]) Die körperlichen Erscheinungen der Dementia praecox. Diese Zeitschrift, 66. Bd., 5. Heft, S. 866.

eigenartigen Ovalformen unter seinen Beobachtungen. In einem Falle konnte er die sog. „paradoxe Lichtreaktion“ mit Erweiterung der Pupille bei Lichteinfall, dann Lichtstarre nachweisen. Ein analoger Fall findet sich zurzeit in meiner Beobachtung. Auf diese eigenartigen unter dem Bilde einer „paradoxen Lichtreaktion“ auftretenden Pupillenstörungen bei Katatonie, die ich in meiner letzten Arbeit bereits kurz erwähnte, werde ich an anderen Stellen näher eingehen. Daß die katatonische Starre mitunter lange Zeit hindurch anhalten, daher leicht den Eindruck einer konstanten Pupillenstörung erwecken kann, haben meine Untersuchungen gezeigt. Gewiß ist es theoretisch denkbar, daß die in vieler Hinsicht noch in ihrer Entstehung unklare Innervationsstörung der Iris bei der Dementia praecox auch einmal während der ganzen Dauer der Erkrankung bestehen kann. Nach meinen Erfahrungen wird es sich dann aber stets um eine absolute, nicht um die reflektorische Pupillenstarre handeln.

Ich hebe diesen Punkt besonders hervor, weil *E. Meyer* auf die Beobachtungen von französischen Autoren hinweist, die von aufgehobener oder fehlender Lichtreaktion der Pupillen bei Dementia praecox berichten. Analoge Befunde von *Blin* [1]) habe ich früher kritisch [2]) besprochen und betont, daß in der Beurteilung dieser Befunde die größte Vorsicht am Platze ist. „In jedem einzelnen dieser Fälle wird sich die Frage aufwerfen, liegt hier eine zufällige Komplikation einer Dementia praecox mit einer früheren Lues cerebri vor oder ist der katatone Symptomenkomplex nur als ein Zustandbild im Verlauf der Gehirnsyphilis aufzufassen? Diese Fragen müssen nach jeder Richtung klargelegt sein, ehe die Möglichkeit eines direkten Zusammenhanges der reflektorischen Pupillenstarre als eine Erscheinung der Dementia praecox diskutiert werden darf.“

Wie leicht zeitweilig „reflektorische Starre“ durch eine im Verschwinden begriffene „absolute Starre“ vorgetäuscht werden kann, habe ich vor kurzem ausführlich dargelegt. Den katatonischen Pupillenstörungen im Verlauf der Dementia praecox ist in Zukunft besondere Beachtung zu schenken, da diese Erscheinungen, wie aus meinen und auch aus *E. Meyer*s Beobachtungen hervorgeht, ein keineswegs ganz seltenes Vorkommnis bei dieser Krankheit bilden, zweifellos bei nicht richtiger Beurteilung der Erscheinung zu diagnostischen Fehlschlüssen führen, vielleicht aber auch in diagnostisch unklaren Fällen, wenn es sich um die Frage, ob Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein vorliegt, handelt, den richtigen Weg weisen können.

*Selter* und *Hübner*-Bonn: Über die Kobragiftreaktion.

[1]) Les troubles oculaires dans la démence précoce. Revue neurol. 1906, Nr. 4.

[2]) Weiterer Beitrag zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Medizin. Klinik 1907, Nr. 4 und 5.



Die Vortr. haben in Verfolg früherer Untersuchungen die Mitteilungen von *Hirschl* und *Plötzl* nachgeprüft, welche angaben, daß bei einer Anzahl von Fällen hebephrener und katatoner Dementia praecox im biologischen Versuche eine erhöhte Resistenz der Erythrozyten zugleich mit einer stärker hemmenden Kraft des Serums gegen die Hämolyse durch Kobragift bestände.

Es wurden an im ganzen 52 Fällen zwei Versuchsreihen angestellt und dabei Blutkörperchenaufschwemmungen von 1 Manischen, 1 Melancholiker, 2 Katatonikern in verschiedenen Stadien, 1 Paralytiker und 1 Hysterischen verwandt. Die Sera waren gleichfalls von den verschiedensten Fällen. Das von den oben genannten Autoren gefundene Verhalten der Erythrozyten und Sera von Dementia-praecox-Fällen konnte dabei aber nicht bestätigt werden.

Im einzelnen ergab sich folgendes:

Von 6 zirkulären Fällen reagierten 5 sowohl auf Blutkörperchen von Paralytikern, wie von einem Manischen positiv. Bei Blutkörperchen von Gesunden war das Verhältnis 4 +, 2 —. Auch bei der Dementia-praecox-Gruppe erhielten die Vortr. die gleichen unbestimmten Resultate. So trat von 16 Seren gegenüber Katatonikerblutkörperchen achtmal Hämolyse, ebenso oft aber auch Hemmung ein. Bei Blutkörperchen von 1. Paralytikern war das Verhältnis 8 +, 7 —, (1 Fall mißglückt), 2. Gesunden 8 +, 7 —, (1 Fall mißglückt), 3. Hysterischen 6 +, 9 —.

Die Vortr. halten infolgedessen auch diese Versuchsanordnung nicht für geeignet, den Wert der Kobrareaktion zu erweisen. (Ersch. in der Med. Klinik).

Diskussion. — *Aschaffenburg*-Köln möchte zu der von den Herren *Hübner* und *Selter* vorgetragenen Ansicht einige Bemerkungen machen.

Die Schwierigkeiten der Untersuchungen, die niemand besser beurteilen kann als Dr. *Selter*, lassen es als ausgeschlossen betrachten, daß jemand ein sicheres eigenes Urteil hat, der nicht von Beruf Bakteriologe ist.

Zu meinem Bedauern ist Herr Dr. *Geißler*, auf dessen Ergebnisse heute mehrfach hingewiesen worden ist, verhindert, hier seine Ansicht selbst zu vertreten, und ich halte mich deshalb für verpflichtet, an seiner Stelle zu erklären, daß unsere Untersuchungen unbedingt ein positives Resultat gehabt haben. Wir sind an die Untersuchungen, die technisch und in der ganzen Anordnung ausschließlich das Eigentum des Kollegen *Geißler* sind, herangegangen mit der festen Überzeugung, daß ein Irrtum *Muchs* vorliegen müsse. Das Ergebnis unserer Versuche hat aber gezeigt, daß tatsächlich irgendein Zusammenhang zwischen der Kobrareaktion und bestimmten psychischen Erkrankungen vorliegt. Die sämtlichen Fälle von Dementia praecox haben im erregten und depressiven Stadium ein positives Ergebnis gehabt; überraschenderweise allerdings nicht kon-



stant im Stadium der katatonischen Starre. Worauf das beruht, ist noch völlig unklar, wie überhaupt die ganzen Untersuchungen noch viele rätselhafte Erscheinungen zeigen.

Alle Fälle sind mehrfach untersucht worden, so daß auch Zufälligkeiten ausgeschlossen sind. Bei dem größten Teil der Versuche wußte ferner Kollege *Geißler* bei der Anstellung der Reaktion nicht, welchem Kranken das untersuchte Blut entstammte, um nach der Richtung hin vor Autosuggestion geschützt zu sein.

Das positive Ergebnis der sehr umfangreichen Experimente (es sind über 500 Fälle untersucht worden) zwingt uns, einstweilen der ablehnenden Haltung verschiedener Autoren — auch der Herren *Selter* und *Hübner* — zu widersprechen.

Ich glaube, es wird doch notwendig sein, diese Frage weiter zu verfolgen; allerdings werden wir dabei als Psychiater mehr uns in die Rolle der Material Liefernden finden müssen und es den Bakteriologen überlassen, die äußerst schwierigen technischen Untersuchungen vorzunehmen.

Ich habe durchaus den Eindruck gehabt, als wenn die zum Teil doch nur auf geringen Versuchsreihen beruhenden ablehnenden Veröffentlichungen ebensoweit über das Ziel hinausschießen wie die allzu positive Auffassung von *Much* und *Holzmann* in der ersten Veröffentlichung. Was von all dem übrig bleiben wird, wird die Zukunft lehren; ich meine aber auch, Kollege *Selter* sollte nicht mit den heute besprochenen Versuchen seine eigenen Untersuchungen als abgeschlossen betrachten, sondern uns Psychiatern auch weiterhin zu Hilfe kommen.

Herr *Selter* betont, daß er die serologischen Untersuchungen im Hygienischen Institute gemacht hätte und daß dieselben genau den Vorschriften der zitierten Autoren entsprechend ausgeführt worden seien.

Herr *Hübner*: Auch bei der Auswahl der Krankheitfälle ist auf die bisherigen Publikationen durchaus Rücksicht genommen worden. Trotzdem hat sich die oben geschilderte Regellosigkeit diesmal ebenso, wie bei den ersten Untersuchungen der Vortr. ergeben.

*E. Meirowsky*-Köln (Gast) spricht über die Bedeutung des positiven Ausfalls der *Wassermann*schen Reaktion und versucht zu beweisen, daß er eine noch bestehende Krankheit bedeutet, und nicht etwa, wie vielfach angenommen wird, der Ausdruck einer früher stattgehabten Infektion ist.

*Raether*-Andernach: Mitteilung eines Falls von psychischer Störung nach Fleischvergiftung.

Der unehelich geborene, 27 jährige polnische Ziegelarbeiter W. aus E., über den anamnestisch nur ein mäßiger Potus an Sonn- und Feiertagen bekannt ist, erkrankte nach dem Genuß von verdorbenem Pferdefleisch mit allen Zeichen einer fieberhaften Gastroenteritis; ferner bestanden Halsschmerzen und Dyspnoe. Dieser Zustand hielt 3 Tage lang nach der Fleischvergiftung an.

Am 4. Tage traten Delirien, ängstliche Unruhe und Sinnestäuschungen auf. Deshalb Aufnahme in die Anstalt am 5. Krankheitstag.

Befund bei der Aufnahme: Schlank gebauter, mäßig genährter, doch muskulöser Mann. Gesichtzüge starr, maskenartig, Gesichtsfarbe kongestioniert. Schmale, niedrige Stirn. Angewachsene Ohrläppchen. Fazialisinnervation beiderseits paretisch (r. > l.). Die Zunge zittert beim Vorstrecken in grobschlägigem Tremor. Starke Ptosis. Strabismus divergens rechts. Die Pupillen sind ziemlich eng, gleich, reagieren springend bei Belichtung. Sehnenreflexe erloschen, desgleichen die Hautreflexe mit Ausnahme des Fußsohlenreflexes. Romberg ausgeprägt. Grobe Kraft der Beine herabgesetzt. Ganz schwankend, unsicher. Ausgesprochene Hypalgesie an den unteren Extremitäten. Sprache lallend. Im Urin ½ ‰ Eiweiß nach *Esbach*. Kein Fieber. Puls klein, mäßig beschleunigt.

Pat. zeigt große ängstliche Unruhe, irrt ratlos im Saale umher. Ist nur für Momente zu fixieren, in denen er eine völlige zeitliche und örtliche Desorientiertheit zeigt. Schläft in der Nacht spontan ein.

6. Krankheitstag: In der Nacht zweimal unrein mit Urin. Liegt anscheinend völlig benommen da, doch ist er nach einigem Bemühen zu kurzen, rudimentären Antworten zu bringen, in denen er sich wieder völlig desorientiert zeigt sowohl über Zeit, Ort wie über seine Personalien. Er weiß nur den Wochentag, an dem er erkrankte, und seine Verbringung ins Hospital zu E., von da an nichts mehr. Abendtemp. 35,2.

7. und 8. Krankheitstag: Stuporähnliche Benommenheit. Die Nahrung muß ihm eingelöffelt werden. Hatte 6—8 dunkelbraun gefärbte Durchfälle in 24 Stunden. Abendtemperatur unter 36,0°.

9. Krankheitstag: Unverändert benommen. Großes Schlafbedürfnis. Blutentnahme zwecks bakteriologischer Untersuchung. Dabei zeigt sich ein auffallend geringer Blutdruck und die Neigung des Blutes, sofort zu gerinnen. Wieder fünfmal Durchfall. Temp. normal. An beiden Fußrücken erscheinen rote, wallartig geränderte Flecken. Im Urin noch eine Spur Eiweiß. Die Lähmungserscheinungen sind noch unvermindert vorhanden.

10. Krankheitstag: Pat. wird freier. Schläft noch viel.

11. Krankheitstag: Wird zunehmend freier, reagiert prompt auf Anrede. Ist örtlich jetzt einigermaßen orientiert. Doch hat er für die vorausgehenden 8—10 Tage noch eine komplete Amnesie. — Romberg nicht mehr so ausgeprägt wie zu Anfang. Die übrigen körperlichen Symptome bestehen noch unvermindert. Die Haut beider Füße, auch an den Fußsohlen, ist nunmehr von landkartenartig konfluierenden roten Flecken bedeckt, die nach der Mitte zu abschuppen und angeblich stark brennen. Noch zweimal Durchfall täglich bei normaler Temperatur.

12. und 13. Krankheitstag: Widal gering positiv. Es besteht noch auffallendes Schlafbedürfnis.

14. Krankheitstag: Pat. erscheint zum erstenmale völlig frei, sieht frischer aus, zeigt Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung, sucht sich zu orientieren, doch zeigt er sich auf Befragen zeitlich noch immer nicht orientiert; er kann weder Datum, Monat noch Jahr richtig angeben.

17. Krankheitstag: Durchschnittlich noch zweimal Durchfall täglich bei normaler Temperatur. Im Stuhl keine Typhusbazillen.

Pat. wird zusehends lebhafter, nimmt körperlich zu. Ist zeitlich noch immer desorientiert. Doch aus den ersten 8—10 Krankheitstagen, für die er anfänglich eine komplete Amnesie hatte, besinnt er sich jetzt auf die Art seiner Verbringung in die Anstalt, ferner daß er hier mehrmals untersucht worden sei. Ferner schildert er seine anfänglichen Magendarmbeschwerden ganz zutreffend. Für alles andere, was in den fraglichen 8—10 ersten Krankheitstagen mit ihm passiert ist, bleibt er nach wie vor amnestisch. — Geschielt habe er früher nicht, ebensowenig habe er den Hautausschlag an den Füßen früher gehabt. Getrunken habe er nie regelmäßig, hauptsächlich Sonntags und dann meist Bier, wenig Schnaps. — Die Lähmungserscheinungen, besonders die Ptosis und Fazialisparese sind etwas zurückgegangen.

21. Krankheitstag: Noch immer einmal Durchfall in 24 Stunden bei normaler Temperatur. Sensorium dauernd frei. Die heute vorgenommene Intelligenzprüfung ergibt einen erheblichen Grad von Schwachsinn.

24. Krankheitstag: Lähmungserscheinungen nur noch angedeutet.

29. Krankheitstag: Keine körperlichen Symptome mehr. Pat. ist jetzt vollkommen orientiert, doch besteht auch heute noch für die ersten 8—10 Tage seiner Erkrankung jene fast totale Amnesie, infolgedessen gar keine Einsicht für seine geistige Erkrankung.

Pat. wurde 18 Tage später aus der Anstalt entlassen als genesen von Psychose nach Fleischvergiftung. Hatte auch da noch nicht die geringste Einsicht für seine geistige Erkrankung, zumal er nach wie vor für etwa 10 Tage fast völlig amnestisch blieb.

Es handelt sich in diesem Falle zweifellos um eine echte Ptomainvergiftung bei einem Menschen, dessen imbezille Gehirnanlage für das Einsetzen einer Psychose vielleicht eine gewisse Prädispoition schuf. Daß der Alkohol in dem Krankheitsbild eine maßgebende Rolle spiele, konnte beim Auftreten der stuporösen Benommenheit sowie der zahlreichen Lähmungserscheinungen mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Es liegt nahe, den Fall jener kleinen Gruppe von seltenen Krankheitsbildern, die *Kraepelin* bei Lyssa, Typhus, Variola, Intermittens larvata sowie Tetanie, Morbus Basodewii, Chorea, Urämie u. a. als „Vergiftungsdelirien" bezeichnet, einzureihen. Auch das Symptom der Unbesinnlichkeit würde dazu stimmen. Neu und abweichend wäre bloß die mehrtägige, stuporähnliche Benommenheit mit ihrem jähen Einsetzen und ihrem allmählichen Verschwinden. — Auch in der Fachliteratur der



letzten 40 Jahre findet sich nach dieser Richtung hin kein einziger gleichverlaufender Fall von Psychose nach Fleischvergiftung.

(Der Vortrag wird demnächst in extenso erscheinen.)

*Mörchen*-Ahrweiler. Verlauf eines Falles von kombiniertem Morphium- und Isopral-Mißbrauch.

Ein 34jähriger Psychopath, „Dégénéré supérieur", mit zahlreichen der bekannten körperlichen Degenerationsmerkmale, erblich in mäßigem Grade belastet, ohne Anzeichen für das Bestehen einer umschriebenen Neurose, wurde 1. März 1909 in die Anstalt zu Ahrweiler aufgenommen, nachdem er durch chronischen Morphinismus körperlich und geistig schon sehr heruntergekommen war. Seine mittlere Tagesdosis betrug damals 1,2 g Morphium. Bei der Aufnahme stellte es sich heraus, daß Patient seit Monaten auch Isopral gewohnheitmäßig in Mengen von zeitweise durchschnittlich 6 g pro die genommen hatte. Das Isopral wurde sofort völlig entzogen, von Morphium wurde 0,6 g pro die als „Existenzminimum" gegeben. Die ersten beiden Tage verliefen sehr gut. Pat. verlangte mehr als nach Morphium nach Isopral, von dem er berichtete, daß es ihm jedesmal einen angenehmen Rauschzustand verursache. — Am 3. Tage morgens erlitt Patient ganz plötzlich einen epileptischen Insult mit initialem Schrei, tonischem Krampf, Speichelfluß und Schweißausbruch. Nach einigen Minuten wieder bei Bewußtsein, aber delirant, halluzinierend während einer halben Stunde. Nachmittags wieder epileptischer Insult mit nach oben innen rotierten Bulbi, dilatierten und starren Pupillen. Im Anschluß daran lebhaftes, sehr ausgeprägtes Beschäftigungsdelirium mit massenhaften plastischen Halluzinationen, Fadenziehen, Wolledrehen usw. Dabei relativ abgesehen von leichter Personenverkennung fast völlig erhaltene Orientiertheit, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit. Aber immer nur auf einige Sekunden fixierbar, während deren er adäquate Antworten gibt und Befehle sinngemäß ausführt. Dann wieder durch die Halluzinationen abgelenkt. Auch zeitweilig Gehörstäuschungen, Frage- und Antwortspiel. Affekt anhaltend heiter. — Körperlich außer Händezittern kein besonderer Befund. Am folgenden Tag noch leicht delirant und halluzinierend. Am übernächsten Tag (6. März) durch erhöhte Morphiumdosis (0,8 g) ruhiger, viel schlafend, gut essend. Am 7. März ziemlich unvermittelt Übergang zu völliger Klarheit. Von da ab psychisch intakt bis auf eine kleine Verwirrtheit, die am 9. März ganz vorübergehend sich zeigte. Es bestand dann völlige Amnesie für die 3 Tage des Deliriums, teilweise (retrograde) für die Zeit vom 1. März ab.

In allmählichem Vorgehen wurde bis zum 30. April das Morphium völlig entzogen, ohne daß noch wesentliche Abstinenzsymptome eingetreten wären. Am 2. Mai einmalige Dosis von 1,0 g Isopral mit deutlichem Rauschaffekt. — Am 29. Juni 1909 entlassen mit Gewichtzunahme von



27 Pfund. Bis Ende September sicher frei geblieben. Seitdem keine Nachrichten mehr.

Eine ausführlichere Mitteilung der Krankengeschichte und eine eingehende kritische Literaturübersicht wird demnächst in der Monatsschrift für Psych. u. Neurol. erscheinen. — Es handelt sich in unserm Fall um ein typisches Delirium tremens auf nichtalkoholischer Basis, vielmehr auf dem Boden eines chronischen Morphinismus, ausgelöst durch Isopralabstinenz. Diese Fälle sind sehr selten, bei Isopralmedikation bisher überhaupt noch nicht beobachtet, obwohl Isopral dem Äthylalkohol sehr nahe steht und verschiedentlich über Rauschwirkungen berichtet wurde. Die epileptischen Insulte sind bisher nur beim alkoholischen Delirium beschrieben.

Diskusion. — Der Vorsitzende berichtet kurz über einen Fall von Delirium bei einem Kranken, der innerhalb zweier Tage nachweislich 200 g Bromkali genommen hatte.

*Witte*-Grafenberg demonstriert 1. Mikrophotogramme einer eigenartigen Erkrankung der kleinen und kleinsten Großhirnarterien, welche sich als Nebenbefund bei der Autopsie einer 40jährigen paralytischen Frau ergab und auf einen etwa kirschgroßen Herd im linken Lobus parietalis superior beschränkt war; es handelt sich bei außerordentlich starker Gefäßvermehrung um die Abscheidung eines feinkörnigen albuminösen Exsudats in die Media der betreffenden Gefäße, von denen die kleinsten das Aussehen von Ringelwürmern haben; da sich in vereinzelten mittelgroßen Arterien eine *Heubner*sche Endarteriitis findet, so sind wohl auch jene Veränderungen als luisch anzusehen;

2. berichtet über einen Fall von Akromegalie, welcher unter den typischen Symptomen verlief: ein bis dahin gesunder Mann, in dessen Familie akromegalische Störungen nicht nachweisbar sind, erkrankte etwa 55 Jahre alt an Sehstörungen und Wachstumstörungen der distalen Körperteile; nach 9 Jahren ist er völlig amaurotisch, die Vergrößerung der erkrankten Knochen und Weichteile schreitet fort, es stellt sich allmählich zunehmender Marasmus ein, und 14 Jahre nach Beginn des Leidens erfolgt der Exitus. Bei der Sektion fand sich ein etwa pflaumengroßer, knolliger, etwa 14 gr schwerer Tumor der Hypophyse, welcher den Boden der Sella durchbrochen hatte und in die Keilbeinhöhle eingedrungen war; beide Optici waren schmal und graulich verfärbt. — Der Tumor ist ein Adenom des Drüsenteils, welches in allen Partien gleichen Bau zeigt, in der Hauptsache aus blassen chromophoben Zellen besteht und vielfach auffallend große Kerne hat; außerdem findet sich in vielen Kernen Vakuolenbildung als regressive Veränderung; normale Hypophysen, welche regelmäßig Fettvakuolen des Protoplasmas enthalten, haben derartige Kernvakuolen nicht. — Die Sektion wies ferner eine mäßig



große Kolloidstruma, braune Herzatrophie, eine schwere allgemeine Arteriosklerose, arteriosklerotische Schrumpfnieren und eine Kyphoskoliose des Brustteils der Wirbelsäule auf, während die Nebennieren normal erschienen und Thymusreste fehlten.

Der Vortrag: Zur Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse, mußte ausfallen, da Dr. *Schröder II*-Grafenberg am Erscheinen verhindert war. *Umpfenbach.*

## 130. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. Dezember 1909.

Anwesend: *Adam*-Herzberge, *Ascher*-Berlin, *Berg*-Wuhlgarten a. G., *Boedeker*-Schlachtensee, *Max Edel*-Charlottenburg, *Fraenkel*-Lankwitz, *Gock*-Landsberg a. W., *Hagedorn*-Buch a. G., *Hebold*-Wuhlgarten, *Hempel*-Wuhlgarten a. G., *Hildebrandt*-Berlin a. G., *Hoffmann*-Eberswalde, *Kiermayr*-Herzberge a. G., *Klipstein*-Herzberge, *Kluge*-Potsdam, *Kron*-Berlin, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Lahse*-Potsdam, *Levy-Suhl*-Wilmersdorf a.G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Dalldorf, *Mittenzweig*-Steglitz a. G., *Moeli*-Herzberge, *Placzek*-Berlin, *van de Ramp*-Herzberge a. G., *Reich*-Herzberge, *Richter*-Buch, *Rosenberg*-Buch, *Schauss*-Buch a. G., *Schayer*-Dalldorf, *Schmidt*-Herzberge, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Seelig*-Herzberge, *Skierlo*-Potsdam, *Veit*-Wuhlgarten, *Viedenz*-Eberswalde, *Werner*-Buch, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Moeli*, *Laehr*.

Vorsitzender: *Moeli*.

Nach Eröffnung der Sitzung macht der Vorsitzende Mitteilung von dem Ableben des Kollegen *Löwenthal*; die Anwesenden ehren das Andenken des Verstorbenen durch Erheben.

Da im Juni an Stelle der Sitzung eine gemeinschaftliche Besichtigung der brandenb. Landesirrenanstalt in Teupitz stattgefunden hat, so berichtet der Kassenführer nunmehr über den Stand der Kasse und legt Rechenschaft ab über die Führung der Kasse, welche von den Mitgliedern *Marthen* und *Roesen* geprüft und richtig befunden worden war. Es wird darauf dem Kassenführer Entlastung erteilt.

Der Vorsitzende teilt mit, daß im Januar 1910 eine erweiterte Versammlung der forensischen Vereinigung stattfinde, zu welcher die Mitglieder des Vereins eingeladen sind. Der Tag der Versammlung wird im „Roten Blatt" angezeigt.

*Marcuse* (Dalldorf) stellt einen Fall vor, der aphasische, agnostische und apraktische Symptome zeigt. Man hätte früher von Asymbolie gesprochen. Die Demonstration soll hauptsächlich erweisen, daß die vorhandenen Störungen des Verstehens und Erkennens allein die Ausfallsymptome nicht genügend erklären, und daß





man die apraktische Komponente auch in einem so komplizierten Fall deutlich erkennt, wenn auch der Ausfall einzelner Reaktionen vielleicht mitunter verschiedene Deutungen zuläßt. Gerade deswegen können selbst sehr genaue Beschreibungen den persönlichen Eindruck nicht ersetzen.

Die jetzt 40jährige Patientin hat sich im Alter von 16 Jahren luisch infiziert, war sonst nie erheblich krank. Sie hat bis zum 23. Oktober 1909 gearbeitet, wurde am 24. Oktober in bewußtlosem Zustand in das Krankenhaus eingeliefert und von dort am 30. Oktober nach Dalldorf überführt. Sie bot anfangs hauptsächlich sensorisch-aphasische und nur geringe apraktische Störungen. Besonders konnte sie mit Objekten, z. B. Nähnadel und Faden, gut hantieren, dagegen gelangen ihr Ausdruckbewegungen wie Winken, Drohen schon damals sehr schlecht. Das Nachmachen von Bewegungen war fast intakt, so daß also diese anfängliche Apraxie im wesentlichen durch mangelhaftes Verstehen zuerklärenwar. Am 24. November wurde das Bild durch mehrere Krampfanfälle erheblich geändert.

Seitdem besteht neben hochgradigen Störungen der Sprache und des Erkennens eine ausgesprochene Apraxie. Hervorzuheben ist, daß die Patientin sich bei allen Versuchen offenbar große Mühe gibt und einen Grad von Luzidität zeigt, der solchen Fällen gewöhnlich nicht eigen ist. Gewisse alltägliche Verrichtungen sind erhalten. So kann Patientin allein essen, zieht sich auch Schuhe und Strümpfe allein an, wobei es allerdings vorkommt, daß sie die Strümpfe über die Hände zieht. Aufforderungen aufzustehen, sich zu setzen, die Augen zu schließen, werden prompt befolgt. Die Augenmuskeln und die Beine sind also von der Apraxie nicht betroffen. (Die Beine zeigen auch sonst keine motorischen Störungen.) Das Herausstrecken der Zunge macht trotz offenbaren Verstehens der Aufforderung erhebliche Schwierigkeiten. Das Hantieren mit Bürste, Kamm, Streichhölzern, das Eingießen von Wasser ergibt deutlich apraktische Reaktionen, denen häufig ein hoher Grad von Perseveration beigemischt ist. So kämmte sich Patientin einmal der Reihe nach mit Kamm, Bürste, Licht, Regenschirm! Eine derartige Perseveration muß unter Umständen der Apraxie zugerechnet werden. Manchmal erkennt nämlich Patientin anfänglich den Gegenstand, versucht ihn richtig zu gebrauchen, gerät aber dann in die kurz vorher ausgeführte Bewegung. Ausdruckbewegungen wie Drohen, Winken, Kußfinger usw. gelingen, auch wenn man sie vormacht, nur sehr mangelhaft. Kopfschütteln und -nicken wird dagegen richtig nachgemacht.

Die klinische Diagnose schwankte anfangs zwischen Lues cerebri und Paralyse. Neben den demonstrierten Störungen bestehen absolute Pupillenstarre, gesteigerte Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe, links Fußklonus und lebhafte Anconaeus- und Radius-Periostreflexe. Diese sind ebenso wie die Muskelerregbarkeit im Gegensatz zu den Beinen rechts stärker. So kann man durch Beklopfen des rechten Pectoralis major Adduktion des Armes hervorrufen, was links nicht gelingt. Außerdem



bestehen in der rechten Hand sehr heftige, zeitweise auftretende, zentrale Schmerzen, unwillkürliche Zuckungen und tonische Krämpfe, besonders der Beuger. Schließlich ist die rechte Hand etwas schwächer als die linke, wird deutlich geschont, läßt Gegenstände fallen (Tastlähmung?) und zeigt geringere Reaktion auf schmerzhafte Reize als die linke. Vorübergehend waren die Nn. faciales paretisch und zwar erst der rechte, dann der linke. Die Zunge weicht jetzt etwas nach links ab. Im Mundfacialis treten seit kurzem beiderseits, rechts stärker als links, eigentümliche nicht fibrilläre Zuckungen auf, wie man sie sonst bei Entartungsreaktion sieht. Die elektrische Erregbarkeit ist intakt. Die Spinalflüssigkeit gab die Wassermannsche Reaktion, was für die Diagnose Paralyse besonders ins Gewicht fiel. Auch die Art der Krämpfe und die Mannigfaltigkeit der Symptome, die sich nicht auf einen Herd lokalisieren lassen, scheinen damit am besten übereinzustimmen. Immerhin ist der Symptomenkomplex für Paralyse ungewöhnlich. Man könnte vielleicht an eine besonders starke Affektion der Meningen, etwa eine Pachymeningitis haemorrhagica, denken.

Diskussion. — *Reich* hat in dieser Gesellschaft zuerst darauf aufmerksam gemacht, daß das Zusammentreffen von Aphasie, Asymbolie, Agraphie, Apraxie und Alexie ein typisches Symptomenbild darstellt, das aus der Auflösung der konkreten Begriffsverbindungen resultiert, und das auf einer Erkrankung der Assoziations-Gebiete *Flechsigs* beruht. Er hat dieses Krankheitsbild als Alogie bezeichnet (der Ausdruck Alogie ist schon von *Charcot* auf Sprachdefekt infolge Mangels an Begriffen, also in ganz ähnlichem Sinne, angewandt worden). In dem ersten Falle, den *Reich* vorstellte, handelte es sich um eine systemartige Atrophie sämtlicher Assoziations-Zentren *Flechsigs*. *Reich* hat dann später in der Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie noch zwei ähnliche Fälle gezeigt, von denen er annahm, daß sie ebenfalls auf systemartiger Atrophie beruhen. Einer dieser Fälle ist mittlerweile zur Sektion gekommen, und es hat sich gezeigt, daß es sich tatsächlich um atrophische Veränderungen der *Flechsig*schen Assoziationsgebiete handelte.

Außer durch Atrophie der Assoziationszentren kann, wie *Reich* bereits früher ausgeführt hat, das gleiche Bild durch Herderkrankungen in diesen Gebieten zustande kommen, doch wird dann das Krankheitbild der Alogie im allgemeinen ein weniger reines sein. In dem vorliegenden Falle ist es, soweit sich aus der einmaligen, kurzen Demonstration überhaupt ein Urteil gewinnen läßt, nach dem allgemeinen Verhalten der Kranken, das von dem der Patienten mit atrophischen Zuständen abweicht, wahrscheinlicher, daß es sich um Herderkrankung handelt. Der Vortragende sieht als Ursache der Erkrankung Paralyse an. Das würde der Annahme einer Herderkrankung nicht ohne weiteres widersprechen, da die Paralyse vielfach in Form einer Herderkrankung auftritt, ja vielleicht überhaupt





eine Herderkrankung darstellt, wobei die Herde in ihrer Ausbreitung den Gebieten entsprechen, an denen beim Abziehen der Pia eine Dekortikation eintritt. Bezüglich des Symptomenbildes des heute vorgestellten Falles ist es *Reich* aufgefallen, daß die apraktischen Erscheinungen nicht gleichmäßig auf beide Hände verteilt sind. Es ist ganz zweifellos die rechte Hand beträchtlich stärker beteiligt, als die linke. Die Kranke griff bei allen Versuchen fast ausschließlich mit der linken Hand zu. Wenn der Vortragende annimmt, daß der Unterschied nur darauf beruht, daß die Kranke die rechte Seite etwa wegen Schmerzen oder lähmungartiger Schwäche schont, so ist das sicher zum Teil richtig, kann aber doch allein nicht als ausschlaggebend angesehen werden, da die Kranke Handlungen, die sie zuerst mit der linken Hand unpraktisch vornahm, dann gleich darauf mit der rechten Hand nicht nur mangelhaft und unsicher, sondern dem Sinne nach falsch, also apraktisch, ausführt. Wenn die Kranke beispielweise die Kämmbewegung zuerst mit der linken Hand an ihrem Haar richtig ausführt, und sie dann gleich darauf mit der rechten Hand, statt an ihrem Haar, an ihrem Kleide vornimmt, so kann das nur als ein apraktisches Symptom speziell der rechten Hand gedeutet werden. Die vorzugweise Beteiligung der rechten Hand ist wahrscheinlich nicht zufällig, sondern von prinzipieller Bedeutung. Sie deutet darauf hin, daß die Erkrankung in der Hauptsache ihren Sitz in der linken Hemisphäre hat, wie das auch in den von *Reich* veröffentlichten Fällen von Alogie der Fall war, ein Verhalten, das *Reich* schon anläßlich des ersten Falles dahin glaubte deuten zu dürfen, daß die konkrete Begriffsbildung, um deren Störung es sich ja auch nach der Annahme des Vortragenden in seinem Falle handelt, ihren Sitz ausschließlich oder vorzugweise in der linken Hemisphäre hat.

Über die Lokalisation des anzunehmenden Prozesses hat sich der Vortragende nicht geäußert. *Reich* glaubt, daß man auch hierüber — vorausgesetzt, daß es sich um begriffliche Apraxie handelt — mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sich aussprechen kann. Er würde annehmen, daß in diesem Falle die größte Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß die Erkrankung hauptsächlich im Gebiete des großen hinteren Assoziationszentrums *Flechsigs* gelegen ist, daß sie insbesondere, auch mit Rücksicht auf die Schwäche des rechten Armes, die linke Scheitellappengegend und die hintere Zentralwindung betrifft.

*Reich* hat sich schon früher dahin ausgesprochen, daß in den Fällen, in denen die Alogie durch systemartige Atrophie bedingt ist, die asymbolischen, aphasischen, apraktischen und agraphischen Erscheinungen in erster Linie durch die Erkrankung des großen hinteren Assoziationszentrums bedingt sind, während der Grad der in diesen Fällen vorhandenen Verblödungen vielleicht in erster Linie von dem Grade der Mitbeteiligung des vorderen Assoziationszentrums im Stirnhirn abhängen dürfte.

Das hintere Assoziationszentrum kommt für die agraphischen, alektischen, apraktischen, aphasischen und asymbolischen Erscheinungen





ganz besonders deshalb in Betracht, weil es ringsum umgeben ist von den kortikalen Gebieten optischer, taktiler, akustischer und kinetischer Natur. *Reich* hält den Fall für sehr interessant, insbesondere mit Rücksicht auf die zu erwartenden Sektionsergebnisse, die ja voraussichtlich nicht nur über den Sitz, sondern auch über die Natur des Leidens Aufschluß geben werden.

Er möchte an den Vortragenden noch die Frage richten, ob in dem Falle des Vortragenden sich das von *Reich* zuerst demonstrierte Symptom der Apraxignosie vorfand. Er versteht unter Apraxignosie die Unfähigkeit der Kranken, zu erkennen, ob eine ihnen vorgemachte Handlung richtig oder falsch ist.

Die Apraxignosie verhält sich zur Apraxie etwa, wie die sensorische Aphasie zur motorischen.

Die sensorische Aphasie ist die Unfähigkeit das Wort zu verstehen, die motorische Aphasie die Unfähigkeit es auszusprechen. Ebenso ist die Apraxignosie, die man daher auch als sensorische Apraxie bezeichnen könnte, die Unfähigkeit, eine Handlung zu verstehen, im Gegensatz zu der motorischen Apraxie, die in der Unfähigkeit besteht, eine Handlung auszuüben.

Die Prüfung auf Apraxignosie ist schon deswegen sehr wichtig, weil das Vorhandensein von Apraxignosie in jedem Falle beweist, daß etwa vorhandene apraktische Erscheinungen nicht die Folge reiner motorischer Apraxie sein können, sondern daß auch sensorische oder begriffliche Störungen vorliegen.

*Moeli* fragt, ob in der Entwicklung des Leidens Hinweise diagnostischer Art zugunsten der Paralyse gelegen seien, da in der Haltung eine gewisse Aufmerksamkeit und Spannung scheinbar noch hervortrete.

*Marcuse* (Schlußwort): Die Krämpfe wiederholten sich noch mehrfach. Sie zeigten nicht den *Jackson*schen Typus, sondern traten sofort auf beiden Seiten auf. Ein ausgesprochen tonisches Stadium fehlte. Patientin kam meist nach kurzer Zeit wieder zu sich. Sie sprechen also für die Diagnose Paralyse. Die Apraxignosie dürfte wohl kaum zu prüfen sein. Selbst wenn die Patientin etwas mehr Verständnis hätte, würde sie bei der erheblichen Sprachstörung (motorisch und sensorisch) sich nicht dazu äußern können. Der rechte Arm ist allerdings noch ungeschickter als der linke. Da aber hier motorische und sensible Störungen bestehen, sind apraktische Symptome, die sicher vorhanden sind, noch schwerer zu erkennen und zu demonstrieren als links. Das Fehlen ausgesprochener Lähmungen und die relative Luzidität scheinen gegen das Vorhandensein größerer Herde zu sprechen.

*Bratz*-Wuhlgarten: Gesonderte Formen der erblichen Belastung.

Der Vortragende nimmt mit *Sioli*, *Vorster*, *Berger*, *Berze* u. a. an, daß die Krankheitsbilder des manisch-depressiven Irreseins eine erhebliche



Tendenz zu identischer Vererbung besitzen. Der Vater kann dabei an Manie, der Sohn an Melancholie erkranken; der eine mit, der andere ohne Rezidive. Dabei braucht eine Degeneration der Familie nicht einzutreten. Den Umfang, auf den der sonst angenommene Polymorphismus der Vererbung hier beschränkt ist, nennt Vortragender einen „Vererbungskreis". Die Dementia praecox bildet einen zweiten solchen Vererbungskreis, zu dessen Umfang wahrscheinlich die chronische Paranoia noch gehört. Diese beiden Vererbungskreise schließen sich gegenseitig aus.

Nachprüfung insbesondere bezüglich Geltung und Umfanges des Dementia-praecox-Kreises hält Vortragender für wünschenswert. — Am besten läßt sich hier Klarheit schaffen, wenn nur solche Familien untersucht werden, aus denen mehrere Mitglieder in Anstaltsbeobachtung gestanden haben, wie das *Sioli* zuerst getan hat. Diese „vergleichende klinische Methode" hat auch Vortragender angewandt. Er kommt mit derselben zur Aufstellung eines dritten Vererbungskreises, desjenigen der Epilepsie. Hereditäre Epilepsie und die Psychosen des manisch-depressiven Irreseins sowie die Dementia praecox schließen sich bei der Vererbung aus. Wahrscheinlich gehören in den Vererbungskreis der Epilepsie noch die angeborene Imbezillität, Idiotie, die Hysterie und die endogene Nervosität bzw. psychopathische Entartung, möglicherweise auch manche Formen fötaler Entwicklungstörung, die uns später klinisch je nach Lokalisation und Verlauf als hereditäre Formen der zerebralen Kinderlähmung und der Hirngliose imponieren.

Vortragender stellt die lebenden Repräsentanten einer Familie vor, in welcher der Großvater und Vater imbezill sind, ein Sohn hysterisch ist, eine in Wuhlgarten gestorbene Tochter an zerebraler Kinderlähmung und Epilepsie auch mit hysterischen Erscheinungen litt und anatomisch Hypoplasie der ganzen linken Großhirnhemisphäre und linkseitige Ammonshornsklerose zeigte. Der Vater und der Sohn zeigen, wie demonstriert wird, erhebliche Schädelverbildungen. Alkoholismus und Lues ist in der Familie nicht vorgekommen, so daß Keimvergiftung hier nicht, wie sonst oft, das Studium der Vererbung der endogenen Neuropathien erschwert.

Der Vortragende hat nun bisher 16 Fälle gesammelt, in denen er nicht nur die Krankheitgeschichten, sondern auch die Gehirne der Blutsverwandten (Eltern und Kinder oder Geschwister) vergleichen konnte. Er nennt diese Methode die „vergleichend-morphologische".

Erstes Beispiel: epileptische Mutter und epileptischer Sohn. Die Mutter litt seit der Kindheit an Epilepsie. Unter zahlreichen Krampfanfällen wurde sie dement. Sie zeigt eine rechtseitige Fazialislähmung und artikulatorische Sprachstörung.

Anatomisch fand sich eine Hypoplasie der ganzen linken Großhirnhalbkugel, besonders waren das linke Ammonshorn und das linke Corp. mam. verkümmert. Ferner war auch die linke Kleinhirnhemisphäre hypoplastisch.



Der Sohn war schon seit der Geburt epileptisch und blödsinnig. Er hatte auch eine Fazialis- und Hypoglossusparese, aber auf der andern Seite. Bei ihm erwies sich die rechte Großhirnhalbkugel hypoplastisch. Übrigens war auch die rechte Niere erheblich kleiner als die linke. Die vergleichend-klinische Methode hätte uns hier nur identische Vererbung der Epilepsie aufgezeigt. Anatomisch sehen wir bei der Mutter Hypoplasie der linken Großhirnhemisphäre, beim Sohn der rechten Großhirnhalbkugel und der rechten Niere. Der Vortragende glaubt danach wohl nicht zuviel zu sagen mit dem Satze, daß sich hier eine Asymmetrie der Keimanlage, besonders der Vorderhirnanlage vererbt hat. Bei diesem Vererbungstypus braucht die zurückgebliebene, abnorme Seite nicht die gleiche bei den Verwandten zu sein, kann hier die rechte, dort die linke sein. Der Vortragende hat bei einem Geschwisterpaar schon dieselbe Erfahrung berichtet. Es drängen sich bei Betrachtung dieses Falles eine Reihe theoretischer Fragen auf. Wir haben hier einen, wohl den ersten anatomisch beglaubigten Fall identischer Vererbung der Epilepsie vor uns. Aber ist hier, nach dem, was wir vor uns sehen, wirklich die Epilepsie vererbt? oder nicht vielmehr, wie der Vortragende wenigstens die Sachlage auffassen möchte, die morphologische Anlage zur Epilepsie?

Zweites Beispiel: Frühepileptischer Bruder; Hirngliose mit Tumorsymptomen bei der Schwester. Der Bruder erlitt durch Schreck, Schußverletzung des Beins bei einer Jagd, im 11. Lebensj. den ersten Krampfanfall, blieb epileptisch, wurde dement. Anatomisch zeigte er eine linkseitige Ammonshornsklerose und einen sehr einfachen Windungstypus beider Hemisphären. Die Schwester erkrankte erst Ende der 20er Lebensjahre unter den Symptomen des Hirntumors mit Stauungspapille und mit zahlreichen Anfällen. Aber erst nach 16jähriger Dauer des Leidens trat der Tod der Schwester ein. Es zeigte sich eine tumorartige Gliose, die vom Stirnhirn bis zum Hinterhauptlappen reichte, in großem Umfange solides Geschwulstgewebe darstellte, aber diffus in das Hirngewebe überging. Vortragender gibt zu, eine abweichende Deutung könnte hier sagen, der Bruder zeigt den Hirnprozeß der echten Frühepilepsie, die Schwester hat zufälligerweise einen Hirntumor. Aber der Vortragende möchte doch vor allem darum, weil es sich um Geschwister handelt, der Deutung als eines identischen Hirnprozesses den Vorzug geben. Vortragender würde sagen: bei der Schwester entsteht infolge fehlerhafter Keimanlage langsam ein Gliom, das nach 2 Jahrzehnten zum Tode führt. Bei dem Bruder hat dieselbe fehlerhafte Keimanlage in der embryonalen Entwicklung zu dem einfachen Windungstypus und zu der Ammonshornsklerose geführt.

Diskussion. — *Liepmann*-Dalldorf: Die Verwandtschaft, welche hier Vortragender auf Grund der Erbschaftsforschung statuierte, besteht ja klinisch auch derart, daß wir oft zweifeln, ob wir die Diagnose

auf Psychopathie, Hysterie oder psychische Epilepsie stellen sollen, und uns oft mit Diagnosen wie „hystero-epileptisch" behelfen müssen.

Die ausnahmlose Gleichartigkeit der Vererbung in dem Sinne, daß die großen Gruppen *Kräpelins* geschlossene Vererbungskreise darstellen, scheint mir durchaus noch nicht erwiesen. Nach einer Privatmitteilung hat übrigens *Vorster* selbst den Standpunkt, den er in seiner Arbeit vertrat, später verlassen.

*L.* berichtet über mehrere Geschwisterpaare, die ungleichartige Seelenstörungen darboten (ein Glied exquisit manisch, das andere katatonisch; ein Glied typisch epileptisch, das andere katatonisch) und erinnert an eine schwer hysterische Mutter, deren Tochter einen Schulfall von Jugendverblödung darstellte, welche er in einer früheren Sitzung des Vereins demonstriert hat (s. diese Zeitschr. Bd. 62 S. 841). Die Fälle sind zu häufig, als daß man sie immer durch Berufung auf komplizierende Belastung durch den zweiten Elter erklären könnte.

*Marcuse*-Dalldorf: Vor kurzem hat *Lubarsch* auf Grund theoretischer Erwägungen die Forderung aufgestellt, daß Alkoholismus der Mutter die Nachkommen erheblich stärker schädigen müsse als der des Vaters. *L.* nimmt präformierte Organbezirke in der Eizelle an, die in der Spermazelle nicht vorhanden seien, und erklärt so die elektive und intensive Schädigung des Zentralnervensystems bei Alkoholismus der Mutter, der eine allgemeine Degeneration bei Trunksucht des Vaters gegenüberstehen soll. Die vom Vortragenden angeführten Fälle scheinen für diese Theorie zu sprechen: einerseits Hypoplasie des Gehirns bei Mutter und Tochter, andrerseits allgemeine Degeneration in mehreren Generationen einer Familie, in der die Mütter gesund waren. Es wäre interessant, zu erfahren, ob Vortragender noch mehr derartige Fälle von Vererbung bei Epilepsie kennt, die die Theorie von *L.* zu stützen geeignet sind, d. h. in denen die Epilepsie, also eine isolierte Schädigung des Zentralnervensystems, von der Mutter, die allgemeine Degeneration aber vom Vater herrührt.

*Moeli*-Lichtenberg: Außer der Vererbung konstitutioneller Anlage, die wir uns als reines Bild vorstellen können, kommt doch auch der andere Faktor, die auslösende Schädigung, als ursächliche Komponente für die Art der schließlich entstehenden Krankheitbilder in Betracht. Bestimmte Beziehungen bestehen z. B. bei psychischen Traumen u. ähnl. Wo andrerseits keine Erblichkeit, sondern Keimdegeneration bei Alkoholismus, Lues u. ähnl. besteht, sind die Unterschiede in den auslösenden Ursachen wahrscheinlich bei der Erkrankung der Deszendenz von größerem Einflusse. Eigentümliche psychopathische Konstitutionen zeigen oft ihre Eigenart weithin. So kann ein hypochondrischer Zug, dem ja auch ein äußerer Einfluß durch Erziehung, Gewöhnung und Anschauung beigemessen werden könnte, bei der Nachkommenschaft manchmal verfeinert, verdeckt, gar nicht in grober Krankheitsfurcht und Ängstlichkeit hervortreten.





*Bratz* (Schlußwort): Die Bemerkung *Liepmann*s, daß sich in dem heute aufgestellten Vererbungskreise der Epilepsie gerade Krankheitformen vereinigt finden, die auch klinisch eine gewisse Verwandtschaft haben, muß ich als richtig anerkennen. Diese Erwägung hat auch schon bei den Autoren bezüglich der akuten Affektpsychosen eine Rolle gespielt. Ich selbst habe früher zusammen mit Herrn Kollegen *Falkenberg* mich lange bemüht, eine Ursache zu finden für die häufige Vergesellschaftung der Hysterie gerade bei Epileptikern. Wir haben damals nur die häufige Begleitung organischer Hirnerkrankung durch hysterische Symptome ins Feld führen können. Jetzt im Lichte der hereditären Verwandtschaft erscheint das gleichzeitige Auftreten der beiden Neurosen bei einem Individuum verständlicher.

Für die von *Marcuse* zitierte Theorie *Lubarsch*s würde tatsächlich mein erstes Beispiel (epileptische Mutter mit linkseitiger Hirnhypoplasie, Sohn mit rechtseitiger Hypoplasie) passen. Ich will in Zukunft, dieser Anregung folgend, bei weiteren so gelagerten Fällen die Möglichkeit der Theorie *Lubarsch*s prüfen. Dagegen halte ich die an gleicher Stelle von *Lubarsch* geäußerte Meinung, daß die Spermavergiftung des alkoholistischen Vaters gegenüber der verderblichen Wirkung der mütterlichen Keimvergiftung belanglos sich erweisen könne, für falsch. Tatsächlich entstehen viele Neuropathien ausschließlich infolge Alkoholismus des Vaters bei gesunder mütterlicher Linie.

Den Erwägungen *Moeli*s schließe ich mich an, ich werde dieselben in der ausführlichen Publikation bei der kritischen Deutung der Einzelfälle berücksichtigen.

*F. Reich*-Herzberge: 1. Ausgedehnter Tumor des linken Schläfelappens ohne Aphasie nebst Bemerkungen über die Gehirnpunktion.

Frau Louise St., 37 Jahre alt, wurde am 6. April 1908 in die Anstalt Herzberge aufgenommen, und zwar in einem benommenen und verwirrten Zustande. Nach der von dem Ehemann gegebenen Anamnese war sie bis Herbst 1907 ganz gesund. Im September 1907 trat ein Schlaganfall ein, während sie beim Waschen beschäftigt war. Sie drohte umzufallen, war von Mittag bis Abend besinnunglos, sagte nur immer, wenn sie gefragt wurde, „Hm, ja". Dabei war die linke Seite wie abgestorben, aber nicht gelähmt. Am nächsten Tage war der Verstand und die Sprache wieder da, aber die Kraft im linken Arm und Bein blieb verringert. Die linke Hand war kalt, sie hatte so ein komisches Gefühl darin; den linken Fuß mußte sie nachziehen. Patientin lag vier Tage, dann fing sie nach und nach wieder an zu arbeiten.

Vor Weihnachten 1907 fing die rechte Hand an schwächer zu werden. Es traten Anfälle auf, alle 3—4 Tage, resp. alle 8 Tage, eventuell auch noch seltener. Die Anfälle nahmen an Häufigkeit in letzter



Zeit ab. Sie begannen mit Zittern in der rechten Hand. Das Zittern geht auf den ganzen Körper über, sie fällt dann um und ist ganz bewußtlos, von 10 Minuten bis zu einer Stunde. Anfälle, die sich nur auf die Hand beschränkten, ohne allgemein zu werden, wurden nicht beobachtet; grobe Krampfbewegungen traten bei den Anfällen nicht auf, sie würgte dabei fortwährend von unten herauf, dabei kam Schaum aus Mund und Nase heraus. Sie war in den Anfällen völlig bewußtlos, nachher war sie immer ganz vernünftig, wußte aber nichts von dem Anfall. Lähmung der rechten Seite, auch nur vorübergehender Art, wurde nie beobachtet. Nach den Anfällen lag sie immer rückwärts übergebeugt.

Patientin hat den ganzen Sommer schon über den Hinterkopf geklagt; die Schmerzen saßen immer links. Erbrechen hat sich, seit dem ersten Anfall, ziemlich oft eingestellt. Es war ihr sehr übel dabei, und sie entleerte grüne Galle. In den letzten vier Wochen trat nach und nach Schielstellung der Augen ein. Geistig hat sich die Kranke bis auf die allerletzte Zeit nicht wesentlich verändert. Sie erkannte alles und wußte alles.

Sie ist früher nie krank gewesen, hat insbesondere nicht an Geschlechtskrankheiten, Ohrenkrankheit und Bandwurm gelitten, war verständig, wirtschaftlich und von gutem Charakter. Sie ist, ihrer Anfälle wegen, über drei Wochen in der medizinischen Klinik in der Ziegelstraße behandelt. In der letzten Zeit wurde die Kranke vergeßlich, sprach durcheinander, äußerte Suizidgedanken, wurde mit der Diagnose „Gehirnerkrankung" von dort entlassen und von ihrem Ehemann der Anstalt Herzberge zugeführt.

Die Untersuchung der Kranken ergab folgende Erscheinungen:

Der Gang ist etwas schwankend, die Gesichtshälften sind different, ohne daß sich mit Bestimmtheit sagen läßt, welche Gesichtshälfte schwächer innerviert ist. Zunge weicht eine Spur nach rechts ab (zittert leicht; die ausgestreckten Hände zittern leicht).

Rl: beiderseits + direkt und indirekt. Rc: beiderseits +.

Die Lidspalte ist rechts etwas weiter als links, die Augenachsen stehen konvergent; das linke Auge geht nach außen kaum über die Mittellinie. Etwas später, im Laufe von 18 Tagen, zeigte sich auch die Muskulatur des rechten Auges befallen, und zwar besteht hier Lähmung des Abducens und Schwäche des Internus.

Die Pupille ist rechts weiter als links. S. rechts = 1/60, links = Finger auf 3½ m. Beiderseits Stauungspapille. Es besteht beiderseits sektorenförmige Einengung des Gesichtsfeldes, rechts stärker als links. Farben werden selbst an großen Flächen nicht, oder wenigstens meist nicht, erkannt, und zwar auf beiden Augen.

Geruchsvermögen und Geschmack vielleicht etwas mangelhaft, aber zweifellos beiderseits vorhanden. Kaffee, Petroleum und



Nelkenöl werden beiderseits erkannt. Der Kopf ist in der Stirngegend deutlich klopfempfindlich. Kph. beiderseits +.

Grobe Kraft in den Händen beiderseits gleich, auch in den Beinen kein Unterschied bemerkbar. Nadelstiche überall +. Gegenstände werden, bei genügender Aufmerksamkeit, bei Betasten mit geschlossenen Augen erkannt und bezeichnet. Es kommen aber auch einige Fehlreaktionen vor, die wohl auf mangelnde Aufmerksamkeit zu beziehen sind. Keine Agraphie oder Alexie. Patientin ist in den ersten Tagen öfter unsauber mit Urin und schmiert auch gelegentlich mit Kot. Fußsohlenreflex beiderseitig schwach, Beugung der Zehen nach unten. Im Urin eine Spur Zucker.

Psychisch: Patientin macht einen benommenen und verwirrten Eindruck; sie versteht aber an sie gerichtete Fragen. Es besteht manchmal eine gewisse Schwierigkeit bezüglich Auffindung von gewünschten Ausdrücken, doch wechselt das je nach ihrem Zustande und geht nicht über das Maß dessen hinaus, was wir bei verwirrten Kranken, auch ohne alle Herderscheinung, zu finden pflegen. Sie glaubt in ihrer Wohnung in der Wartenburgstraße zu sein:

„Wer wohnt hier?" „Unser Wirt." — „Was ist das für ein Zimmer?" „Dies ist keins, das kenne ich nicht." — „Kennen Sie mich?" (am zweiten Tage) „Ja, jetzt habe ich Sie ein paarmal gesehen."

„Wer ist der Herr?" (Pflegerin) „Das ist ne Dame, die hilft hier." —

Tag und Monat werden richtig angegeben; das Jahr wird als 1808 bezeichnet. Gehörs- und Gesichtstäuschungen werden in Abrede gestellt. Ihr gezeigte Gegenstände werden richtig erkannt, doch kommt sie bei einzelnen bisweilen nicht auf den Namen und sucht sich dann durch Nennung des Zwecks zu helfen. Szenenbilder werden, offenbar infolge Benommenheit, in ihrem Zusammenhang nicht begriffen.

Am 10. April 1908. Anfall mit Urinabgang, Zyanose des Gesichts, Erweiterung der Pupillen, Zuckungen des rechten Arms und Beins, Neigung des Rumpfes und Kopfes nach rechts. Am folgenden Tage besteht geringe, aber deutliche Schwäche des Stirnrunzelns, des Augenschlusses und der Wangenmuskulatur rechts, die sich darin äußert, daß beim Pfeifen die rechte Seite aufgebläht wird, die linke dagegen nicht:

Am 28. April wird, im Gegensatz dazu, nach einem Anfall festgestellt, daß die grobe Kraft links erheblich geringer ist als rechts, sowohl im Arm als im Bein. Im Bein tritt das besonders deutlich hervor beim Kniehackenversuch. Die Kranke gibt selbst an, daß die Kraft im linken Bein schwächer sei, als im rechten. Es besteht keine Störung des Muskelsinns, keine Ataxie, keine Störung des Drucksinnes. Pinselberührungen werden beiderseits richtig lokalisiert, warm und kalt werden gut unterschieden.

Das Sehen bessert sich allmählich etwas; am 2. Mai beiderseits: 6/24. Stauungspapille hat anfangs Mai beiderseits deutlich abgenommen.



Patientin hört beiderseits Flüstern auf 6 m; Geruch und Geschmack ohne Störung; jetzt kein Zucker, kein Eiweiß im Urin.

Am 9. Mai Anfall; Patientin wird ganz blaß, gibt keine Antwort, liegt regunglos im Bett, macht komatösen Eindruck. Der linke Arm und das linke Bein fallen, wenn sie angehoben werden, völlig schlaff herunter. Fußsohlenreflex rechts +, links —, Kph. rechts schwach, links —, Nadelstiche werden anscheinend beiderseits empfunden.

Patientin reagiert nur durch Öffnen und Schließen der Augen. Puls 62—64, Erbrechen. Patientin wird mehr und mehr komatös, ist zeitweise völlig bewußtlos, zeitweise Zuckungen im Körper, Schaum vor dem Mund; näßt wiederholt ein; die Atmung wird röchelnd. 10. Mai morgens 5¼ Uhr Exitus.

Die Diagnose „Tumor“ ist gesichert durch folgende Symptome: Kopfschmerz, Klopfempfindlichkeit des Schädels, Stauungspapille, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Gangstörung, Krämpfe, Zuckerharn, psychische Störungen, progressiver Verlauf. Dagegen ist die Lokaldiagnose nicht sicher zu stellen. Es ist nicht einmal mit voller Sicherheit die Seite zu bestimmen. Die meisten Anzeichen sprechen für links. Kopfschmerz und Klopfschmerz bestanden stets links. Im Anfall vom 10. April traten Zuckungen des rechten Armes und Beines und Neigung von Kopf und Rumpf nach rechts auf. Nach diesem Anfall bestand Schwäche im rechten Fazialis (auch in der Stirn). Auch die in der Anamnese angegebenen Anfälle betrafen meist die rechte Seite. Unsicher wurde die Entscheidung deswegen, weil nach der Anamnese der erste Anfall links aufgetreten war, weil die Patientin selber angab, bald rechts, bald links Anfälle gehabt zu haben, eine Angabe, die eine gewisse Stütze in dem am 9. Mai beobachteten Anfall fand, der sich in lähmungartiger Schwäche des linken Armes und Beines, mit Fehlen des Knie- und Fußsohlenreflexes äußerte. Außerdem war die grobe Kraft, sowohl im Arm als Bein, links deutlich geringer als rechts; auch hatte die Kranke ein Gefühl der linkseitigen Schwäche. Wenn man nun auch mit Rücksicht auf die Konstanz des linkseitigen Kopfschmerzes und die meist rechts auftretenden Krämpfe einen linkseitigen Tumor angenommen hätte, so fehlten doch alle genaueren Lokalsymptome. Kleinhirnsymptome lagen nicht vor. Gegen Tumor im Okzipitalhirn sprach das Fehlen von Hemianopsie; gegen Tumor des Parietalhirns sprach das Fehlen von Ataxie, von Sensibilitätsstörungen und von Alexie.

Gegen Tumor der Zentralwindungen sprach das Fehlen von *Jackson*schen Anfällen und von groben Lähmungen.

Tumor im Stirnhirn war auch nicht anzunehmen, da die für den Stirnhirntumor charakteristischen Symptome: Kopf- und Augendrehung, schiefe Körperhaltung, frontaler Gang, erhöhter Muskeltonus, Differenz der Stauungspapille beiderseits, Bradyphasie, Witzelsucht, Stirnhirn-



demenz fehlten. Ganz sicher ausschließen hätte man einen Tumor des Stirnhirns freilich nicht können, da das Symptomenbild des Stirnhirntumors ein sehr schwankendes ist. So wäre gewissermaßen per exclusionem die Diagnose: „Tumor des linken Temporalhirns" übrig geblieben. Das wichtigste Symptom des linken Temporallappens ist die sensorische Aphasie, von der man, bei einem großen Tumor im linken Temporallappen, wenigstens eine Andeutung hätte erwarten sollen. Es war aber davon nichts vorhanden. Die beobachtete ganz leichte Schwierigkeit im Finden der Worte zeigte sich nur ganz vorübergehend, gleichzeitig mit Zunahme der Benommenheit und dieser parallel gehend, und auch nur spurweise

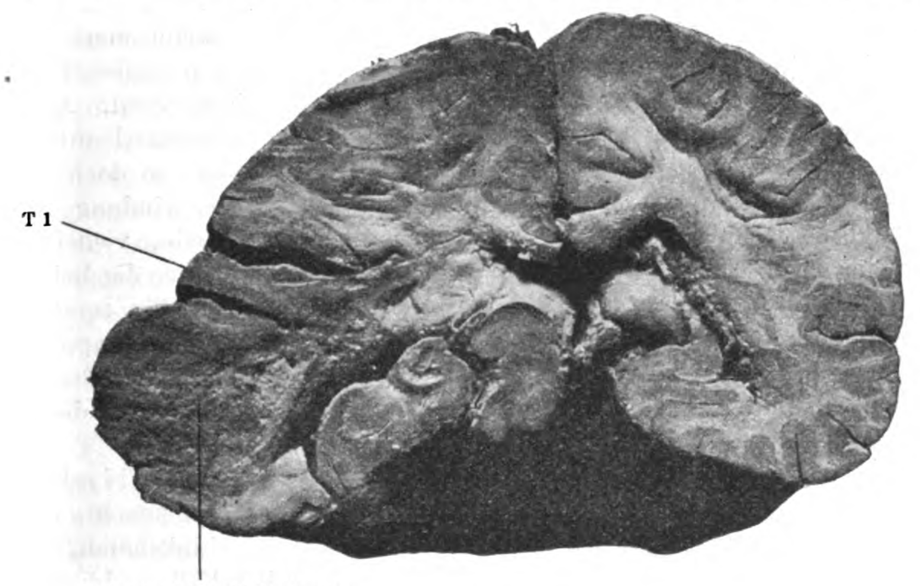


Abb. 1.

bei genauer Untersuchung, so daß es für die Diagnose nicht in Betracht kommen konnte.

So schien denn das Symptombild direkt gegen Tumor des linken Schläfelappens zu sprechen, und doch fand sich ein solcher vor:

Die Sektion ergab einen etwa apfelgroßen Tumor gliomatöser Natur, der in der Gegend des hinteren Teiles des Temporallappens lag und im wesentlichen die zweite und dritte Temporalwindung einnahm. Die Gegend der *Wernicke*schen Stelle zeigte deutliche Kompressionserscheinungen; sie war plattgedrückt und in die Länge gezogen; die Rinde war intakt, das Mark der T 1 in seiner äußeren Hälfte im Grunde der Windung schon makroskopisch deutlich erweicht. Wie stark der Druck, den der Tumor nach innen zu (gegen die *Wernicke*sche Stelle) ausübte, gewesen sein muß, geht daraus hervor, daß er, nach Herausnahme des Gehirns, an der Oberfläche halbkugelig hervorsprang.

Der Fall ist insofern merkwürdig und für die Diagnostik nicht ohne Bedeutung, als er zeigt, daß das Fehlen der sensorischen Aphasie durchaus nicht mit Sicherheit gegen die Diagnose „Tumor im linken Temporallappen" spricht, daß vielmehr auch ein sehr großer Tumor, in unmittelbarster Nähe des *Wernicke*schen Zentrums, ohne Aphasie einhergehen kann.

Die Erklärung, worauf das Fehlen der sensorischen Aphasie im vorliegenden Falle beruht, ist nicht ganz leicht zu geben: Man kann einmal annehmen, daß das *Wernicke*sche Zentrum der linken Seite, trotz des mechanischen Druckes, den der Tumor auf dasselbe ausüben mußte, und trotzdem das Mark der ersten Temporalwindung teilweise mit zerstört war, doch völlig tadellos funktioniert hat; besonders, wenn man mit *Flechsig* annimmt, daß das *Türck*sche Bündel nur mit dem medialen Teile der hinteren Partie der ersten Schläfenwindung in Beziehung steht. Aber diese Annahme erscheint doch im höchsten Grade unwahrscheinlich, zumal weil, wenn auch nicht die einfache Gehörsfunktion, so doch die sensorische Sprachfunktion nicht auf die erste Temporalwindung beschränkt ist, sondern nach *Wernicke* auch noch die zweite, vielleicht auch die dritte Temporalwindung daran beteiligt sein dürfte, die beide, wenigstens in ihren hinteren Teilen, durch den Tumor völlig zerstört waren. So ist es eher denkbar, daß in diesem Falle die rechte Temporalgegend, sei es von vornherein der Sprachfunktion vorstand, oder während der Entwicklung des Tumors in der linken Seite sich allmählich dieser Funktion angepaßt hat.

Es ist nichts darüber bekannt geworden, daß die Kranke linkshändig gewesen ist, es scheint aber durchaus nicht ausgemacht, daß rechtseitiger Sitz des Sprachzentrums unbedingt an Linkshändigkeit gebunden ist. Insbesondere von *Byron - Bramwell* sind Fälle publiziert, in denen, bei sicheren Rechtshändern, linkseitige Zerstörung der *Broca*schen oder *Wernicke*schen Stelle nicht zur Aphasie geführt hat. Auch abgesehen von den Fällen unterdrückter Linkshändigkeit resp. erworbener Rechtshändigkeit muß die Möglichkeit offen bleiben, daß das Zentrum der vorwiegend gebrauchten Extremität und das Sprachzentrum auf entgegengesetzten Hirnhälften liegen. Wir können über die Bedingungen, aus denen die Linkshändigkeit sich entwickelt, nichts mehr als Vermutungen äußern.

Wenn wir also, trotz Fehlens sensorischer Aphasie, die Möglichkeit einer Erkrankung im linken Temporallappen vor uns haben können, so fragt es sich, ob es doch noch Hilfsmittel gibt, auch in solchem Falle die Diagnose zu stellen. Hier kommt die Zerebralpunktion (nach *Neisser* und *Pollack*) in Betracht. Dieselbe wurde im vorliegenden Falle nur deshalb nicht angewendet, weil der Exitus schon nach verhältnismäßig kurzer Beobachtungzeit erfolgte. Im allgemeinen ist sie überall da anzuwenden, wo die Möglichkeit operativer Behandlung in Betracht gezogen werden



kann. *Reich* hat dieselbe wiederholt mit gutem Erfolge, gemeinsam mit *Seefisch*, angewendet. Es wurde jedesmal die Geschwulst schon bei der ersten Punktion an der vermuteten Stelle gefunden und damit der Operation eine sichere Grundlage gegeben. *Reich* faßt seine Ansicht über die Zerebralpunktion in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Zerebralpunktion soll zur Tumordiagnose in Anwendung gezogen werden, wenn die übrigen neurologischen Hilfsmittel versagen.

2. Sie liefert sichere Anhaltpunkte nicht nur für die Stelle der Geschwulst, sondern auch für ihre Ausdehnung und für ihre oberflächliche oder tiefere Lage.

3. Sie kann besonders wertvoll sein für die Unterscheidung des Tumors von Pseudotumor und Hydrocephalus internus.

4. Die Gefahren der Zerebralpunktion sind: Verschleppung von eitrigen Prozessen in die Tiefe und Blutungen.

5. Die Zerebralpunktion soll wegen dieser Gefahren dem Chirurgen überlassen bleiben, damit durch sie bedingte operative Eingriffe sofort vorgenommen werden können.

6. Die Gefahren bestehen hauptsächlich nur dann, wenn die Nadel die erkrankte Stelle trifft. Versuchweise Punktionen, die gesundes Gewebe treffen, sind daher kaum gefährlich.

7. Punktionen durch die nicht eröffnete Haut sind wegen vermehrter Infektionsgefahr zu widerraten.

*F. Reich*-Herzberge: 2. Halbseitige Kinderlähmung bei einem 79 Jahre alt gewordenen Idioten, bedingt durch Steinbildung in der linken hinteren Zentralwindung, wahrscheinlich hervorgegangen aus einem verkalkten Tuberkel.

Der Patient wird am 23. Februar 1904 vom Hospital wegen Altersschwachsinn der Anstalt Herzberge zugewiesen. Er bietet die Erscheinungen einer alten, rechtseitigen spastischen Lähmung, verbunden mit hochgradiger geistiger Schwäche. Anamnestisch ist nur bekannt, daß er sich bis zum 34. Jahre durch Abtragen in der Markthalle ernährt hat, daß er seit dem 32. Lebensjahre verheiratet ist und eine Tochter hat. Ein ärztliches Attest aus dieser Zeit (1861) stellt fest, daß er infolge eines verkrüppelten Armes und oft wiederkehrender Krämpfe ganz erwerbunfähig ist. Er selbst gibt an, daß er schon von Kindheit an halbseitig gelähmt ist. Er wird seit 1862 durch öffentliche Almosen unterhalten und in den Armenakten als geistig nicht normal bezeichnet. Seit 1903 befand er sich im Obdach.

Der Körperbefund ergibt ausgeprägten senilen Habitus, das Gesicht ist, sowohl in der Ruhe, als auch bei Bewegungen, wenig asymmetrisch. Zunge gerade, Gaumen rechts weniger gewölbt als links. Der rechte Arm bietet die Erscheinungen einer alten Kinderlähmung. Er ist mäßig ver-



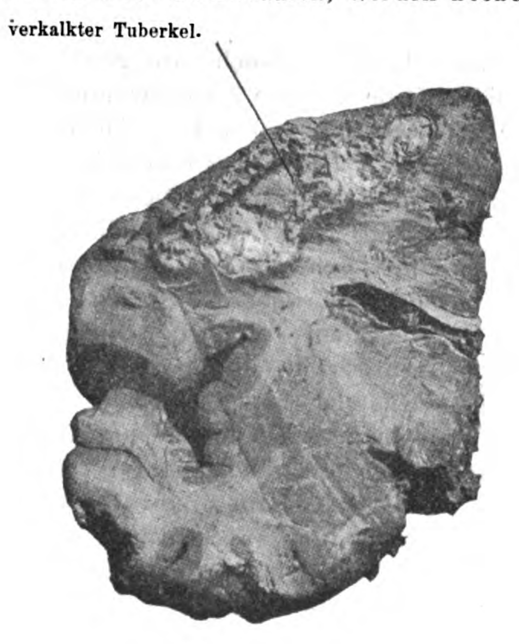
kürzt und wird in typischer Weise gebeugt gehalten. Die rechte Hand steht in Beugestellung mit dem Rücken nach oben. Die Finger stehen in halber Streckstellung. Es besteht deutliche, aber mäßige Atrophie der Muskulatur des Ober- und Unterarmes. Bewegungen im rechten Arm (Beugung und Streckung im Ellenbogen und Handgelenk) werden auf Befehl richtig, aber ungeschickt und ohne feinere Differenzierung ausgeführt. Beim Strecken der Finger geraten die Endphalangen in leichte Beugung. Passive Bewegungen begegnen im rechten Arm leichter aber deutlicher Spannung. Bewegungs- und Lagegefühl im rechten Arm nicht wesentlich gestört. Patient faßt bei geschlossenen Augen auf Aufforderung nach Kinn, Ohr und Nasenspitze, gibt den Grad der Beugung und Streckung richtig an. Pinselberührung wird am rechten Arm undeutlich, in der Handfläche deutlich, an der Rückseite der Finger nicht empfunden. Lokalisation der Berührungsempfindung am rechten Oberarm sehr undeutlich. Nadelstiche werden überall deutlich empfunden. Warm und kalt wird beiderseits undeutlich unterschieden. Das rechte Bein ist kürzer als das linke. Distanz vom Trochanter zum Malleolus externus rechts 71 cm, links 73 cm. Umfang des Oberschenkels rechts geringer als links. Rechter Fuß steht in Spitzfußstellung. Berührungsgefühl am rechten Bein nicht merklich herabgesetzt. Kniereflexe beiderseits + +, Achilles beiderseits +, Kremasterreflex beiderseits +. Bauchdeckenreflex beiderseits —. Fußsohlenreflex rechts schwächer als links. Über den *Babinski*schen Reflex ist nichts bemerkt. Augen stehen konvergent. Patient fixiert nicht. Es besteht beiderseits Katarakt. Ferner Leukom der Hornhaut links. Pupille entrundet. Sehvermögen ist stark herabgesetzt, oder ganz aufgehoben. Bei Prüfung auf Lichtschein macht Patient völlig widersprechende Angaben. Er hört sehr schwer, faßt aber sehr laut ausgesprochene Fragen einigermaßen auf.

Die psychische Prüfung ist durch die bestehende Schwerhörigkeit und Blindheit sehr erschwert. Patient gibt seinen Namen richtig an, ebenso seine frühere Wohnung und Hausnummer. Er nennt den Tag und das Datum richtig. Er sei hier in Dalldorf (recte Herzberge), sei aus dem Siechenhause hierher gekommen; dort habe er mit einem Wärter Streit gehabt, weil er das Kissen aus dem Bett geworfen habe. Fragen, selbst die allereinfachsten Kenntnisse betreffend, werden sonst nicht richtig beantwortet.

Patient findet sich wegen der bestehenden Seh- und Hörstörung schwer zurecht; ist sehr stumpf, steht in fast gar keinem Konnex zu seiner Umgebung (in deutlichem Gegensatz zu einem völlig Taubstummblinden, der sich trotz dieser Gebrechen, auf derselben Abteilung, durchaus sozial verhält).

Er liegt den ganzen Tag im Bett, schläft am Tage fast andauernd, wird nur von Zeit zu Zeit erregt; äußert dann in stereotyper Weise den Wunsch, geschröpft zu werden. Nachts dagegen zeigt er häufig Unruhe,

verläßt das Bett, kramt und irrt im Saale umher. Auch halluzinatorische Zustände, in denen er Soldaten sieht, die ihn mißhandeln wollen, und Ratten, die in seinem Bett umherlaufen, werden beobachtet.



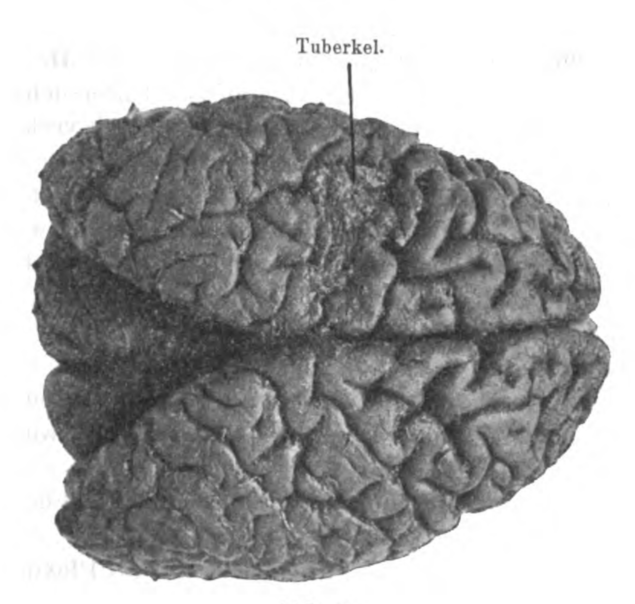




Abb. 2.

T o d am 27 Mai 1906. — Die Sektion ergab folgendes:

Das Gehirn erscheint im großen und ganzen wohlentwickelt, die Windungen sind im allgemeinen normal konfiguriert. Die oberen zwei

Drittel der hinteren Zentralwindung und der anstoßende Teil der vordersten Partie des Scheitellappens sind eingenommen von einer über das Niveau der Hirnoberfläche nicht hervorragenden, mit dem Gehirn fest verbundenen, grauweißen Masse, die sich scharf gegen die normalen Windungen der Umgebung abgrenzt. Nach vorn greift der Tumor stellenweis auch ein wenig auf die vordere Zentralwindung über. Die Masse ist von ganz harter Konsistenz, so daß sie beim Aufschlagen laut klappert, als ob man auf einen Stein schlägt. Sie läßt sich mit dem Messer nicht schneiden, leistet auch der Laubsäge kräftigen Widerstand, selbst die Knochensäge dringt nur mit großer Mühe hindurch. Auf dem Durchschnitt ergibt sich, daß die Geschwulst eine Dicke von etwa 3 cm besitzt. Sie zeigt eine Kapsel von dentinartiger Härte, die einen aus teils kalkigen, teils käsigen Massen bestehenden Inhalt umschließt. Die Kalkmassen sind zum Teil gelb pigmentiert und machen stellenweise den Eindruck, als ob sie aus einzelnen Knötchen zusammengeflossen sind. Der Tumor erstreckt sich in die Tiefe nur, soweit die Rinde reicht; er erreicht nur die oberflächlichen Markschichten und setzt sich gegen die darunter liegende Gehirnsubstanz, die normale Zeichnung und Konsistenz besitzt, ganz scharf ab. Da seine Dicke eine weit größere ist, als die der normalen Hirnrinde, muß angenommen werden, daß er sich nur zum Teil im Gehirn selbst entwickelt hat, zum anderen Teil aber aus Auflagerungen entstanden ist. Der Balken ist im Niveau des Tumors auffallend schmal. Die linke Brückenhälfte erscheint deutlich verschmälert, ebenso erscheint das ganze Rückenmark in hohem Maße atrophisch, wobei die rechte Hälfte wesentlich schwächer ist, als die linke. Die mikroskopische Untersuchung mehrerer Stücke der Kapsel des Tumors, nach Entkalkung, ergab verkalktes Bindegewebe, der Inhalt bestand aus amorpher Masse.

Nach Form und Bestandteilen des Tumors kann dieser nicht als Folge einer Blutung angesehen werden, dazu enthält er zu wenig Pigment, auch würde eine Blutung mehr zertrümmernd auf das umgebende Gehirngewebe eingewirkt und sich auf der Oberfläche mehr schalenförmig ausgebreitet haben. Auch ein verkalkter enzephalitischer Herd kommt nicht in Betracht. Bei einem solchen würde ebenfalls die Umgebung in mehr diffuser Weise geschädigt sein. Die scharfe Abgrenzung und die knötchenartige Zusammensetzung weisen darauf hin, daß wir es mit einem versteinerten Tuberkel zu tun haben.

Vortragender bespricht zunächst die verschiedenen Formen, in denen Verkalkung im Gehirn auftreten kann:

Hirnsand (besonders in der Zirbeldrüse und im Plexus choroideus), — Verkalkung von Gefäßen und Plexuszotten — Verkalkung von Ganglienzellen — Verkalkung von Blut- und Erweichungsherden — Bildung von, dem Gehirn spezifisch eigentümlichen, Psammomgeschwülsten — sekundäre Verkalkung von Syphilomen, Tuberkeln und echten Geschwülsten.

In einzelnen Fällen ist auch Knochenbildung in Gehirngeschwülsten



beobachtet worden (Osteofibrome, Osteosarkome, Osteofibrosarkome). Ausgang eines Tuberkels in Steinbildung, wie im vorliegenden Falle, ist nur einmal von *Simon* beobachtet worden.

In den meisten Fällen von zerebraler Kinderlähmung sind andere anatomische Befunde erhoben worden. Es handelte sich dabei meist um Porenzephalie oder Pseudoporenzephalie, um Hirnsklerose, sei es in Herdform, sei es in diffuser Form, um Hydrozephalie, ausnahmsweise auch um Fälle, in denen überhaupt kein makroskopischer Befund vorlag.

Die steinharte Konsistenz des Tumors, dessen Kapsel an Härte die des Knochens noch übertraf, legte die Frage nahe, ob nicht der Tumor eventuell im Röntgenbilde hätte nachgewiesen werden können. *Oppenheim* hat als erster die Röntgendiagnose zur Feststellung von Tumoren mit Erfolg verwertet, indem er bei einem Tumor der Hyphophysis Erweiterung der Sella turcica im Röntgengebilde fand. Später ist es dann auch vereinzelt *Mills*, *Lichtheim*, *Bruns*) gelungen, am Lebenden, von dem Tumor selbst einen Schatten auf der Platte zu erhalten. *Oppenheim* hat, um die Bedingungen, unter denen ein Tumor sichtbar werden kann, zu untersuchen, post mortem Tumoren in die Schädelkapsel gelegt und mit Röntgen untersucht; lag nur der Tumor allein in der leeren Kapsel, so war ein Schatten regelmäßig nachweisbar; wurde der Tumor mitsamt dem Gehirn eingelegt, so war das Resultat ein inkonstantes und unsicheres. Ähnliche Versuche machten *Obici* und *Balici*.

Ich habe in dem vorliegenden Falle das Gehirn samt dem Tumor, nach dem Vorgange dieser Autoren, in einer Schädelkapsel ebenfalls mit Röntgenstrahlen untersucht. Der Tumor war auf dem Platinzyanürschirm als ein scharf umschriebener Schatten deutlich sichtbar, wenn die Durchleuchtung von der entgegengesetzten Seite vorgenommen wurde. Bei der Durchleuchtung von der linken Seite und von vorne war er auch, aber viel undeutlicher, wahrnehmbar.

Klinisch bietet der Fall zunächst deshalb ein großes Interesse, weil er zeigt, daß ebenso wie in den Lungen, gelegentlich auch im Gehirn ein tuberkulöser Prozeß vollständig zur Ausheilung kommen kann. Zweitens ist der Fall dadurch ungewöhnlich, daß eine von Jugend auf hochgradig geistesschwache Person mit schwerer organischer Gehirnerkrankung imstande war, ein so überaus hohes Lebensalter zu erreichen, so daß in psychischer Hinsicht ein Symptomenbild vorlag, das aus Idiotie und seniler Demenz gemischt war. Es war nicht ganz leicht zu unterscheiden, welche von den psychischen Symptomen des Kranken der Idiotie, und welche der Demenz angehörten.

Als wahrscheinlich ist anzusehen, daß die nächtlichen Unruhen und die halluzinatorischen Erregungszustände seniler Natur waren.

Diskussion. — *Placzek*-Berlin: Der Vortragende hat sich sehr optimistisch über die Ungefährlichkeit der *Neisser*schen Punktion ge-



äußert. *Fedor Krause* hat schon warnend seine Stimme erhoben, über Anstechen von Gefäßen berichtet und deshalb geraten, sie nur von Chirurgen ausführen zu lassen, jedenfalls der etwa erforderlichen Trepanation gewärtig zu sein. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß ich vor kurzem die Frage zu beantworten hatte, ob die *Neisser*sche Punktion zum Tode eines Menschen mitgewirkt hat. Ein Epileptiker mit Halbseitensymptomen war wegen Tumorverdachts wiederholt punktiert worden. Der Kranke bekam rasende Kopfschmerzen und beging Suizid. *Ernst Schultze* in Greifswald hatte vor mir erklären müssen, daß die Punktion kausal in Frage käme, und ich mußte mich, schon wegen des zeitlichen Zusammenhanges, diesem Urteil anschließen. Der Eingriff braucht eben nicht so harmlos zu sein.

*Hebold*-Wuhlgarten: Nur wenige Worte zu den Gehirnbefunden. Es wird vom Vortragenden besonders hervorgehoben, daß trotz des großen Tumors keine Aphasie bestand. Wenn man nun auch sieht, daß bei Unversehrtheit der 1. Temporalwindung auf dem Querschnitt, der hinter dem mittleren Drittel der Windung liegt, der Stabkranz von den Tumormassen nahezu zerstört ist, so scheint mir doch die Verbindung zur Insel und zur 3. Stirnwindung vorhanden zu sein. Es bedarf daher zur Erklärung des Erhaltenseins der Sprache nicht der Annahme, daß zum Ersatz die andere Großhirnhälfte eingetreten ist.

Und wenn Sie das zweite Gehirn ansehen, so fällt Ihnen gewiß die äußere Gleichheit beider Großhirnhälften auf, daß die Gegend des Sitzes des sogen. Tumors d. h. dieser selbst oberflächlich noch den Windungsausdruck erkennen läßt. Vergegenwärtige ich mir nun die verschiedenen Arten der anatomischen Befunde bei der zerebralen Kinderlähmung, so komme ich zu der Erklärung, daß es sich wohl auch hier um das Entstehen eines Herdes aus mangelhafter und schließlich ganz gestörter Ernährung des ausgeschalteten Gehirnbezirkes handelt, die auf einer tief greifenden Gefäßstörung beruht, aber nicht so völlig plötzlich eintrat, daß der Gefäßbezirk ganz ausgeschaltet war, um zur Porenzephalie zu führen, sondern nur zur allmählichen Erweichung führte. In diesem Herde trat dann die Verkalkung ein, die lange Zeit zu ihrer Entwicklung hatte. Wir brauchen also nicht, wie der Vortragende es tat, zur Erklärung zu dem so äußerst seltenen verkalkten Tuberkel unsere Zuflucht zu nehmen.

*Edel*-Charlottenburg hat in der letzten Zeit einen Fall beobachtet, welcher ihn dazu veranlaßt, künftig die Hirnpunktion in ähnlichen Fällen anzuwenden. Ein Angestellter der Reichsdruckerei erkrankte an *Korsakow*schem Symptomenkomplex, Aphasie und zeitweiligen Krampfanfällen. Im Laufe der Erkrankung wurde es klar, daß ein Gehirntumor vorhanden war, obwohl der Augenhintergrund keine Stauungspapille aufwies. Die serologische Blutuntersuchung und Untersuchung des Lumbalpunktats, welche zur Differentialdiagnose der Paralyse vorgenommen wurde, ergab wiederholt negativen Befund. Die Hirnsektion bei dem an gehäuften *Jackson*schen Epilepsieanfällen zugrunde gegangenen Patienten ergab



eine Zyste, welche durch Hirnpunktion zweifellos hätte entleert werden können. Übrigens hatte die Lumbalpunktion eine starke Steigerung des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit ergeben. *Edel* bemerkt noch, daß er schon gelegentlich der Besprechung eines Falles von Akromegalie im Jahre 1896 der Vermutung Ausdruck gegeben habe, daß künftig durch die Röntgendiagnostik Veränderungen der knöchernen Sella turcica bei Geschwülsten derselben zu erkennen sein werden, eine Vermutung, die sich in großem Umfang bestätigt hat.

*Liepmann*-Dalldorf: Die Lokaldiagnose ließ sich in diesem Falle nicht stellen. Ein Symptom der Schläfenlappentumoren, auf das neuerdings *Knapp* hingewiesen hatte, fehlte: die wiederholte, dem Herde gleichseitige, transitorische Ptosis durch Druck auf den Nerv. oculomotorius. Eine rechtseitige Internusparese wird zwar gemeldet, aber sie trat in den Hintergrund vor doppelseitiger Abducenslähmung.

Der Tumor reicht makroskopisch nicht in das *Wernicke*sche Zentrum. Es ist übrigens schon von *Wernicke* selbst betont worden, daß langsam wachsende Tumoren im linken Schläfenlappen keine auffällige Worttaubheit hervorbringen müssen, da der rechte Schläfenlappen Zeit hat, die Funktion zu übernehmen. Daß überhaupt nach längerer Zeit der rechte Schläfenlappen, der ja in schwächerem Maße wohl immer sich am rezeptiven Sprachakt beteiligt, imstande ist, allein das Sprachverständnis aufrecht zu erhalten, bewiesen mir mehrere in Serienschnitte zerlegte Fälle von völliger Zerstörung des Stabkranzes von $T_1$ und $T_2$, bei denen jedenfalls, als sie zur Beobachtung kamen, ein ziemlich gutes oder nur leicht gestörtes Sprachverständnis bestand. Während so das Sprachverständnis häufig wiederkehrt, pflegen allerdings — wenn das *Wernicke*sche Zentrum wirklich zerstört ist — die starke Erschwerung der Wortfindung und Paraphasien sich viel schlechter auszugleichen.

Im vorliegenden Falle war die Erschwerung der Wortfindung gering, und Paraphasien fehlten.

Bezüglich der Hirnpunktion sollte man gewiß mit höchster Vorsicht vorgehen, aber doch den diagnostischen Nutzen, den sie in vielen Fällen geboten hat, nicht verkennen. Die Unglücksfälle betrafen doch Menschen, die so wie so verloren waren. *L.* erinnert daran, wie zaghaft man anfangs an die Lumbalpunktion heranging, deren Gefahren man jetzt derart einzuschränken gelernt hat, daß sie zu einem allgemein geübten diagnostischen Mittel geworden ist. Auch für die Hirnpunktion werde man die Gefahren vermeiden lernen.

*Rosenberg*-Buch: Bezüglich des ersten Falles hatte der Vortragende aus der Größe der Stauungspapille auf die Größe des Tumors geschlossen. Dieses Argument ist doch nicht stichhaltig, da die Stärke der Stauungspapille auch von der Lage des Tumors und ganz besonders von dem etwa begleitenden Hydrocephalus abhängig ist.



*Reich* (Schlußwort) möchte, trotz der Bemerkungen *Hebolds*, es doch für wahrscheinlicher halten, daß das Erhaltenbleiben der Sprachfunktion auf den rechten Temporallappen zu beziehen ist. —

Ptosis des rechten Auges ist nicht vorhanden gewesen. Die beobachteten Störungen der Augenbewegungen hat *Reich* klinisch als Allgemeinsymptome des Tumors, ohne lokalisatorische Bedeutung, bedingt durch Druck oder toxische Einwirkung auf die basalen Nerven, aufgefaßt und möchte das auch nach dem Ergebnis der Sektion für richtig halten.

Dagegen sind vielleicht die gelegentlich eines Anfalles beobachteten Symptome der Drehung von Kopf und Körper nach der Seite, als direkte Lokalsymptome aufzufassen. *Bechterew* hat durch elektrische Reizung des Temporallappens bei Tieren Déviation conjugée nach der entgegengesetzten Seite erhalten. In einem Falle von *Heitz* und *Bender*, von Abszeß im hinteren Teil des rechten Temporallappens, traten Krämpfe mit Drehung des Kopfes und der Augen nach links auf. Da das gleiche Symptom anscheinend auch in dem Gebiete des Stirnhirns und des Gyrus angularis vertreten ist, ist es vorläufig noch schwer lokalisatorisch zu verwerten.

Auf die Größe des Tumors hat *Reich* nicht allein aus dem Grade der Stauungspapille geschlossen, sondern auch die Ausbreitung des Symptomenbildes, die psychischen Erscheinungen der allgemeinen starken Hirndrucksymptome verwertet.

Der von *Placzek* mitgeteilte Fall ist sehr interessant. *Reich* hat selbst auf mögliche Gefahren hingewiesen; er ist auch der Meinung, daß chirurgische Hilfe zur Stelle sein muß. Er glaubt aber, daß es sich um ganz seltene Vorkommnisse dabei handelt, und hält diese Gefahr nicht für so bedeutend, daß sie uns davon abhalten sollte, in Fällen, wo ein so ernstes Leiden wie Hirntumor vorliegt, zum Zwecke der Lokalisation und zur Feststellung von Art und Größe des Tumors, davon Gebrauch zu machen, sofern Operation in Frage kommt.

Bei der Beratung über den „Entwurf eines Statuts für den Psych. Verein zu Berlin" wird beschlossen, daß die Mitglieder etwaige Abänderungsvorschläge in den ihnen vorliegenden Entwurf eintragen und einsenden. *Gock*, *Laehr* und *Hebold* werden beauftragt, darnach dies Statut auszuarbeiten, das dann in der Märzsitzung zur Annahme gelangen soll.

Bei der Vorstandswahl werden die bisherigen Mitglieder durch Zuruf wiedergewählt. *Gock.*

---

## 1. Sitzung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie zu Stettin am 8. Jan. 1910.

Am 8. Januar wurde in Stettin die Pommersche Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie gegründet. Wenn auch die pommerschen



Irren- und Nervenärzte Gelegenheit haben, an den Verhandlungen des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie teilzunehmen, so war doch die Beteiligung besonders aus Stettin und Vorpommern infolge der weiten Entfernung stets eine sehr geringe. Es schien daher angezeigt, eine Pommersche Vereinigung ins Leben zu rufen, um so mehr als die Zahl der Nerven- und Irrenärzte in Pommern ständig gewachsen ist und infolge Gründung neuer Anstalten noch weiter wachsen wird. — Im Herbst und Winter sollen ein bis zwei Versammlungen in Stettin stattfinden, welche den Austausch wissenschaftlicher Erfahrungen und die Pflege persönlicher Beziehungen zum Zweck haben. In der Regel werden rein neurologisch-psychiatrische Fragen Gegenstand der Verhandlungen sein, jedoch ist in Aussicht genommen, daß für Vorträge und Besprechungen über forensisch-psychiatrische Themata, Fragen der Fürsorgeerziehung usw. einzelne Sitzungen bestimmt werden, für welche die Beteiligung von Juristen, Vorstehern von Fürsorgeanstalten, Lehrern erwünscht und auch bereits zugesagt ist.

Die Vereinigung umfaßt als Mitglieder folgende Herren, welche fast alle persönlich erschienen waren: *Mercklin*-Treptow, *E. Schultze*-Greifswald, *Neisser*-Stettin, *Bendixsohn*-Greifswald, *Buschan*-Stettin, *Colla*-Finkenwalde, *Marcus*-Eckerberg, *Samuel*-Stettin, *Niesel*-Stettin, *Neumeister*-Stettin, *Tomaschny*-Treptow, *Behrend*-Kolberg, *Horstmann*-Treptow, *Encke*-Ückermünde, *Albrecht*-Ückermünde, *Freyer*-Stettin, *Siemens*-Lauenburg, *Schulze*-Stettin, *Schroth*-Stettin, *Vorpahl*-Stettin, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Halbey*-Ückermünde, *Frank*-Stettin, *Knecht*-Ückermünde, *Zenker*-Bergquell.

Zum Vorsitzenden wurde anstatt des an erster Stelle vorgeschlagenen Herrn *Siemens*-Lauenburg, welcher aus äußeren Gründen ablehnte, Herr *Mercklin*-Treptow gewählt. Des weiteren bilden den Vorstand die Herren: *E. Schultze*-Greifswald, *Schulze*-Stettin und *Niesel*-Stettin.

Beim wissenschaftlichen Teil der Tagesordnung sprach

*Halbey*-Ückermünde: Der Einfluß meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke. — Der Inhalt entspricht dem Aufsatz S. 252 ff. dieses Heftes.

*Schnitzer*-Kückenmühle: Zum gegenwärtigen Stande der Epilepsiebehandlungen. (Der Vortrag wird ausführlich in dieser Zeitschrift veröffentlicht.)

*Horstmann*-Treptow a. R.: Über den psychologischen Zusammenhang von Fanatismus-Aberglaube-Wahnvorstellung. — Eingangs wird der Begriff des Fanatismus erörtert, dem zur schärferen Heraushebung der des Indifferentismus gegenübergestellt wird. Im maßvollen religiösen Empfinden erkennt Vortragender



ein obligates Konstituens der normalen Psyche und im Bekenntnis (im religiösen, politischen und wissenschaftlichen) das physiologische Attribut einer Persönlichkeit.

Der Fanatismus, im Boden des Normalen fußend, führt in seiner Steigerung ohne scharfe Grenzen in den Bereich des Pathologischen. Sentimentalität und Romantik in der religiösen Betätigung lassen immer sexuelle Unterströmungen vermuten. Für die Untersuchung des psychologischen Zusammenhanges von Religiosität und Sexualität erweist sich die Betrachtung des Pietismus und Mystizismus im Mittelalter als besonders instruktiv. An der Hand einiger selbstbeobachteter Fälle wird der Versuch einer Scheidung von Fanatismus und Wahnvorstellung in klinischer Hinsicht gemacht. Der Aberglaube wird in seiner Stellung zu Wissen, Glauben und Wahnvorstellung präzisiert. Die von *Hans Gross* aufgestellte Theorie vom psychopathischen Aberglauben wird im beistimmenden Sinne besprochen. Des Begriffes vom Vorurteil wird, als einer Vorstufe von Aberglaube und Wahnvorstellung, Erwähnung getan. Eine fleißigere Beachtung der Alltagspathologie wird empfohlen.

*Niesel* - Stettin.

# Kleinere Mitteilungen.

---

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie veranstaltete Fortbildungskurs für Psychiater wird in diesem Jahre 10.—29. Okt. in Berlin stattfinden. Es sind, wie im vor. Jahre, in Aussicht genommen: für Nervenheilkunde 20 Stunden, für Hygiene 20, für pathol. Anat. 16, für Chirugie 14, für innere Med. 12 Stunden. Der Beitrag jedes Teilnehmers beträgt 80 Mk. Anmeldungen und Anfragen erbeten an San.-R. Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

---

Ein Psychiatrischer Fortbildungskurs an der Münchener psychiatrischen Klinik findet vom 24. Okt. bis 12. Nov. d. J. statt. Als Dozenten werden sich beteiligen: *Allers*, Patholog. Chemie der Geistesstörungen; *Alzheimer*, Normale u. pathol. Anat. der Hirnrinde; *Brodmann*-Berlin, Topograph. Histologie der Hirnrinde; *Isserlin*, Psychodiagnostik u. Psychotherapie; *Kräpelin*, Klinische Krankendemonstrationen; Experimentalpsychologie; *v. Monakow*-Zürich, Lokalisation im Großhirn mit bes. Berücksichtigung der asemischen Störungen; *Plaut*, Sero- u. Cytodiagnostik; Krankhafte Geisteszustände bei Jugendlichen u. ihre praktische Beurteilung; *Rüdin*, Tatsachen und Probleme der Entartung; Forensische Demonstrationen; *Weiler*, Physikalisch-psychiatrische Untersuchungsmethoden. — Honorar 60 M.

---

Vom 18.—24. September d. J. findet die Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Königsberg i. Pr. statt. Es sollen auf derselben besonders die gemeinschaftlichen Sitzungen gepflegt werden. — Anmeldungen von Vorträgen für die Sektion für Psychiatrie und Neurologie werden baldigst erbeten an Prof. Dr. *E. Meyer* in Königsberg i. Pr., Psychiatrische Klinik. Bisher sind folgende Vorträge angemeldet worden: 1. *Bárány*-Wien: Untersuchungsmethoden des Vestibularapparates und ihre praktische Bedeutung (insbesondere für die Diagnose der Erkrankungen der hinteren Schädelgrube, sowie für die Beurteilung der Unfallfolgen nach Schädelverletzungen). — 2. *Bonhöffer*-Breslau: Ref. Über Degenerationspsychosen. —





3. *Higier*-Warschau: Tay-Sachssche familiäre Idiotie und verwandte Zustände. — 4. *Isserlin*-München: Über den Ablauf von Willkürbewegungen. — 5. *Liepmann*-Berlin: Über Pseudobulbärparalyse. — 6. *Mingazzini*-Rom: Über pathologisch-anatomische Untersuchungen zur Aphasiefrage. — 7. *Reichardt*-Würzburg: Über die Hirnmaterie.

---

## Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein sind beigetreten: Die Kückenmühler Anstalten für Epileptische und Schwachsinnige zu Stettin.

Da es für die einzelnen Anstalten unbequem ist, sich über die neueingetretenen Anstalten auf dem Laufenden zu erhalten, empfehle ich, vor der Versendung jedes Berichts mir Mitteilung zu machen, damit ich die nötigen Adressenstreifen mit den erforderlichen Ergänzungen einsenden kann. *Hans Laehr.*

---

## Personalnachrichten.

Dr. *Guido Weber*, Geh. Rat, Dir. des Sonnensteins, feierte sein 50 jähriges Dienstjubiläum. Am 7. Februar 1860 ist er in Kolditz als Hülfsarzt eingetreten.

Dr. *Guido Kunze*, bisher Abt.-Arzt in Rybnik, ist nach Leubus versetzt worden.

Dr. *A. Pilcz*, Prof. in Wien, hat seine Stellung als leit. Arzt am Sanatorium der n. ö. Landesheilanstalt „am Steinhof" niedergelegt. An seine Stelle trat

Dr. *Berze*, der das Amt als Dir.-Stellvertreter der Landesanstalten am Steinhof beibehält.

Dr. *Alois Alzheimer* in München,

Dr. *Wilh. Kattwinkel* in München u.

Dr. *Karplus* in Wien sind zu a. o. Professoren ernannt worden.

Dr. *Paul Schuster*, Priv.-Doz. in Berlin, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Em. Kräpelin*, Prof. in München,

Dr. *Obersteiner*, Prof. in Wien, u.

Dr. *A. Moreira*, Dir. der Anstalt in Rio de Janeiro, sind zu Ehrenmitgliedern,

Dr. *A. Pilcz*, Prof. in Wien, zum korresp. Mitglied der Medico-psychological Association von Großbritannien u. Irland gewählt worden.

Dr. *Ad. Knecht*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Anstalt Ückermünde, ist der Kronenorden 3. Kl. verliehen worden.

Dr. *Windscheid*, Prof. der Neurologie in Leipzig, ist, 48 jährig, am 12. Febr.,

Dr. *C. M. Brosius* in Sayn im 85. Lebensjahre am 17. Februar gestorben.

---

# Über katatonische Zustandsbilder bei Degenerierten.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Degenerationspsychosen.

Von

Dr. **R. Kutner,** Nervenarzt in Breslau.

Die Lehre, daß auf dem Boden der Entartung auch außer bei der Hysterie und Epilepsie als interkurrente Episoden ausgesprochene Geisteskrankheiten sich entwickeln, nach deren Ablauf das betroffene Individuum wieder unverändert den alten habituellen Zustand darbietet, die Psychose also keine dauernde Umwandlung der geistigen Persönlichkeit hinterlassen hat, war eine Zeitlang unter dem beherrschenden Einfluß *Kräpelin*scher Lehren fast völlig in den Hintergrund getreten. Es war die verständliche Reaktion auf Anschauungen, die die Lehre von den Degenerationspsychosen durch ihre Ausdehnung schließlich auf alle sog. funktionellen Geisteskrankheiten außer der chronischen Paranoia in Mißkredit brachten. Die *Kraepelin*sche Lehre, daß in einem großen Teil der Fälle die scheinbaren psychotischen Episoden nur Exazerbationen einer chronisch progredienten Krankheit darstellen, ist ein großer Fortschritt unserer Erkenntnis. Aber auch hier sehen wir bald Übertreibungen und Verallgemeinerungen, die nun umgekehrt in jedem akuten Bilde nur Steigerungen eines chronischen, progredienten Prozesses sehen wollen und selbst bei jahrelangem Ausbleiben klinischer Zeichen einer Progression geneigt sind, dies mit der Unzulänglichkeit unserer klinischen Beobachtungsmethoden bzw. mit einem ungewöhnlich langsamen Fortschritt des Prozesses zu erklären. Diese Auffassung dürfte wohl zum großen Teil Produkt des einseitigen Materials der Kliniken und Provinzialanstalten sein. Es ist daher kein Zufall, daß die Rehabilitation der alten Lehre von den Degenerationspsychosen als syndromes épisodiques, natürlich mit der







eingangs erwähnten engen Umgrenzung, sich auf ein andersartiges klinisches Material stützt, das durch die große Zahl der schwerer Degenerierten sich auszeichnet, wie sie in den Beobachtungstationen für geisteskranke Verbrecher zusammenströmen. Es ist das Verdienst *Bonhöffers*, wieder nachdrücklich auf die besondere klinische Stellung der hierher gehörenden Psychosen aufmerksam gemacht zu haben. Er hat eine große Gruppe paranoischer Zustände mit gut differenzierten Unterabteilungen abgegrenzt und sie besonders vor der Dementia praecox, in die neben dem manisch-depressiven Irresein schließlich alle sog. funktionellen Psychosen unterzugehen drohen, geschieden. Ich will an der Hand einiger über viele Jahre sich erstreckenden Beobachtungen den Nachweis versuchen, daß auch Katatonie-ähnliche Krankheitsbilder, die selbst die geschultesten Beobachter zur falschen Diagnose der Katatonie verleiteten, als Zufälle auf degenerativem Boden erwachsen können. Sie scheinen allerdings ziemlich selten zu sein und treten an praktischer Bedeutung erheblich hinter die von *Bonhöffer* mitgeteilten Beobachtungen zurück.

P. M., geboren 1879. — Der Vater ist potator str. Als Kind hat Pat. sich geistig und körperlich in normaler Weise entwickelt, besuchte die Volksschule bis zur ersten Klasse. Er kam dann zu einem Schlosser in die Lehre, lief bald weg, ebenso nachher bei einem Buchdrucker nach Verübung einer Unterschlagung. Später war er Gelegenheitsarbeiter, meist als Ziegelträger bei Bauten. 1896 stürzte er 2 Stock tief hinunter, ohne sich zu verletzen. Er war ein „stilles Naturell“, kein Trinker, litt viel an Kopfschmerzen. Die erste Strafe erhielt er mit 14 Jahren wegen Diebstahls. Seitdem ist er wegen desselben Verbrechens achtmal mit Gefängnis und Zuchthaus bestraft, zuletzt 1903 mit 15 Jahren. Er war zuletzt einer der berüchtigsten Einbrecher hier in Breslau.

Am 7. September 1899 wurde er wieder einmal in Untersuchungshaft genommen, war dabei geistig völlig gesund. Am 10. September begann er früh plötzlich zu schreien und zu toben, in der Nacht demolierte er alles. Isoliert, war er anfangs noch erregt. Dann saß er meist auf der Erde, machte mit Kopf und Armen pendelartige, seitliche Bewegungen, sprach nicht, aß wenig, schlief wenig und ließ unter sich.

Er kam zur Beobachtung auf 6 Wochen in die Irrenabteilung. Aus dem Gutachten von Professor B. entnehme ich folgenden Befund:

Gesicht blaß, Hände und Füße kühl, Herzaktion gut, Puls regelmäßig. Pupillen reagieren; Sehnenreflexe lebhaft.

Er macht dauernd rhythmische Bewegungen mit beiden Armen, mit leicht gespreizten Fingern (ähnlich, als ob er zu einer aus der Ferne hörbaren Musik Taktbewegungen machte). Der Kopf ist dabei vom

Kissen abgehoben und macht die Taktbewegungen mit. Mitunter setzt er sich auf und dann wippt der ganze Rumpf mit. Begleitet sind diese Bewegungen von einem dumpfen Brummen, das gelegentlich in leises, unverständliches Murmeln übergeht. Die Bewegungen werden spontan zeitweise stärker und ausgiebiger, nehmen auch einen anderen Rhythmus an. Das Gesicht ist leer und hat einen starren Ausdruck, der Blick erscheint in die Ferne gerichtet. Er sieht an Gegenüberstehenden meist vorbei und ist schwer zum Fixieren zu bringen; doch bleibt sein Blick leicht an Auffälligem und Glänzendem haften, z. B. an der Uhrkette, an einem Ring. Mitunter tritt auf das gewöhnlich gar keinen Affekt zeigende Gesicht ein Lächeln; dabei nehmen die Gestikulationen einen Charakter an, als ob er seine Zufriedenheit mit etwas ausdrücken wollte. Das begleitende Gemurmel enthielt jedoch in der ersten Zeit niemals ein verständliches Wort.

Es besteht keine flexibilitas cerea. Abänderung oder Unterdrückung der Bewegungen etwa durch Festhalten läßt er sich meist ohne weiteres gefallen; gelegentlich zeigt er aber ein ärgerliches Gesicht, und sein Murmeln wird dann lauter.

Er zeigte zunächst keinerlei Äußerungen von Spontaneität. Aus dem Bett genommen und auf die Füße gestellt, bleibt er stehen, bis man ihn wieder zurückbringt. Doch gelingt es, wenn man ihn erst durch Schieben zum Gehen gebracht hat, ihn auch einige Schritte im Gange zu erhalten. Seine Haltung ist dabei beim Gehen und Stehen schlaff und vornübergebeugt.

Er ißt nicht spontan, läßt unter sich, wenn er nicht aufs Klosett geführt wird.

Er beantwortet keine Frage, folgt auch keiner Aufforderung. Dagegen versteht er anscheinend, was mit ihm gemacht wird, z. B. wenn man ihm das Essen in den Mund reicht, wenn man ihn ins Bad, aufs Klosett setzt, ankleidet usw. Er schließt die Hand auch automatisch nicht. Selten macht er andeutungweise Greifbewegungen und nur dann, wenn sein Blick auf einen glänzenden Gegenstand fällt. Zum richtigen Zufassen gelangt er aber auch dann nicht, er macht nur Bewegungen in der entsprechenden Richtung. Auch die Bewegungen des Sichsetzens usw. macht er nicht wie ein Gesunder. Beim Aufrichten aus der sitzenden Stellung muß er erst in Gang gebracht werden; er muß erst ein Stück in die Höhe gehoben werden, bis er die Streckung selbst zu Ende bringt. Auch beim Setzen muß er erst niedergedrückt werden, bis er sich dann vollends fallen läßt. Passiven Bewegungen leistet er keinen Widerstand, behält aber die gegebenen Stellungen nicht bei.

Auf schmerzhafte Reize (starke faradische Ströme, Stiche) reagiert er nicht; auch findet dabei keine Veränderung am Puls und an den Pupillen statt. Ein Zündholz, das ihm brennend nahe an den Mund gehalten wird, bläst er nicht aus und äußert keinerlei Unbehagen. Eine





Äthernarkose, bis zu erheblicher Pulsverstärkung und deutlicher Pupillenerweiterung fortgesetzt, veranlaßt ihn zu keinen Abwehrbewegungen gegen die Äthermaske. Die einzige Veränderung seines motorischen Verhaltens besteht darin, daß die rhythmischen Laute, die er von sich gibt, lauter werden.

Nachts zeigt M. oft ein anderes Verhalten. Er steht aus dem Bett auf, geht wankend im Saale umher, setzt sich irgendwo nieder, ohne indes seine Bewegungen zu unterbrechen. Spontan geht er nie in sein Bett zurück, sondern er muß immer zurückgebracht werden, wobei er sich manchmal sträubt.

Der Schlaf ist meist schlecht; er sitzt stundenlang da und macht seine Bewegungen.

An einzelnen Tagen scheint er etwas freier zu sein. Das Gesicht sieht weniger leer aus und zeigt einen leichten Affekt. Doch erfolgen auch da keine Reaktionen; nur einmal schien es, als ob er bei Aufforderung die Zunge zu zeigen, wobei ihm der Mund geöffnet wurde, wirklich die Zunge etwas vorschob.

Er muß dauernd besorgt werden, läßt unter sich, sowie es versäumt wird. Die Nahrung muß ihm mit dem Löffel in den Mund gesteckt werden; er kaut wenig, schluckt gut.

Sein Körpergewicht zeigt eine Zunahme von 3 kg.

Gegen Ende seines Aufenthaltes in der Irrenabteilung war insofern eine Änderung seines Verhaltens zu konstatieren, als er auf Anwesenheit bestimmter anderer Kranken in seinem Saale reagierte. Bei Anwesenheit eines besonders erregten Kranken mit Rededrang wurde er selbst erregter, und sein Gesicht bekam einen zornigen Ausdruck.

Einige Male gelang es auch, Worte aus seinem Brummen zu verstehen. Er sagte mehrfach „Hühner, Hühner"; „Gänse, Gänse, Gänse"; „Lump, Lump"; „wo bin ich, wo bin ich"; „Scharfrichter, Scharfrichter". Immer handelte es sich bei solchen Äußerungen um Wortwiederholungen. Einige Tage waren die motorischen Äußerungen noch lebhafter, und sein Gesicht zeigte einen ängstlichen Ausdruck; zuletzt vielfach auch neben dem der Leere den der gespannten Abgelenktheit. Auch unter seinen Bewegungen erscheinen zuletzt einige mehr reaktiv bedingte, z. B. schlägt er einmal plötzlich in ein Fenster und verletzt sich dabei die Hand.

Wegen Geisteskrankheit wird das Verfahren gegen ihn eingestellt. Er kommt am 6. Dezember 1899 in die Irrenanstalt. Hier ergibt die Beobachtung:

7. Dezember. Nicht zu fixieren; rhythmische Taktbewegungen mit den Händen; monotones Hin- und Herwiegen des Oberkörpers. Dabei Murmeln, aus dem ab und zu Worte zu verstehen sind, z. B. — „ist es mir? — oder nicht? — Mutter Huse — alte Huse — ich nicht". Die einzelnen Worte werden fortwährend wiederholt. Manchmal ertönen die



Worte lauter, manchmal auch mit zornigem Klang, besonders wenn man seine Bewegungen aufzuhalten sucht.

Widerstrebt jeder Lageveränderung. Kümmert sich nicht um die Umgebung. Das Essen muß ihm in den Mund gesteckt werden. Gesichtsausdruck leer, manchmal ärgerlich. Diffuse Analgesie.

Schlägt in der Nacht gegen die Scheiben.

8. Dezember. Mittags wird er plötzlich gegen einen Pfleger aggressiv.

9. Dezember. Ißt spontan nicht, läßt kein Wasser. Am Nachmittag sagt er: „Durst, Wasser" und trinkt, als man ihm solches reicht.

Den Vesperkaffee gibt er zurück und sagt „ist vergiftet". Kein Schlaf.

10. Dezember. Bewegungen unverändert.

11. Dezember. Als ein unruhiger Kranker an sein Bett kommt, sagt er „Packen". Beim nächsten Male macht er ein zorniges Gesicht, versucht aus dem Bett zu gehen und sagt: „Ich machen".

Ißt allein; schläft.

Gibt einzelne kurze Antworten aus seinem monotonen Murmeln heraus.

12. Dezember. Ißt allein, geht allein aufs Klosett.

Nachmittags sagt er spontan zum Oberwärter: „Sie kennen den Fischer, dem haben sie hier den Brustkorb zertreten, das war mein Onkel". (NB. Beweist, daß er einen Unglücksfall auf Station richtig beobachtet hat!)

Er wird erregt, ballt die Faust, knirscht mit den Zähnen, sagt: „Wir gehen alle zu Gott, es wird schon Halt gemacht werden." Geht erregt umher, sagt: „Schillheim (Name des Pflegers, der an dem erwähnten Unglücksfall Schuld trug), das geht nicht so. Ehe ich abgehe, geht noch einer mit mir."

Beantwortet einfache Fragen richtig. Die Bewegungen werden schwächer und seltener.

Warum machen Sie diese Bewegungen? — Das ist schon immer so, ich bin heruntergefallen 96 und habe eine Gehirnerschütterung gehabt.

20. Dezember. Die Bewegungen — zuletzt nur noch Seitwärtswiegen des Kopfes — haben ganz aufgehört. Er ist geordnet, örtlich orientiert. Gibt an, schon 4 Monate hier zu sein, nicht zu wissen, wie und woher er herkam. Er drängt hinaus, meint, man wolle ihn hier vernichten.

26. Dezember. Er will nur wissen, daß er verhaftet wurde, worüber er sich sehr ärgerte, und 2 Tage im Untersuchungsgefängnis war. Er ist völlig geordnet, meint, er müsse wohl kopfkrank gewesen sein.

31. Dezember. Abends aus dem Korridor entwichen, lief nach Hause, lärmte dort und widersetzte sich den ihn verhaftenden Schutzleuten aufs heftigste.

4. Januar 1900. Heftig erregt, als er sich zufällig in einer Zeitung als Verbrecher bezeichnet liest; rennt mit dem Kopf gegen die Tür, ver-



langt selbst isoliert zu werden. Nachher wiegt er eine Zeitlang den Kopf hin und her und murmelt vor sich hin.

5. Januar. Völlig geordnet.

Er erzählt, nachdem er 2 Tage im Untersuchungsgefängnis gewesen war, habe er furchtbare Angst gehabt, nirgends Ruhe bekommen; er hörte „immer nehmt ihn; köpft ihn". Dann sei ihm, als ob er im Himmel gewesen sei, er habe Engel und verschiedene Figuren gesehen und gehört. Von seinem Aufenthalte in der Irrenabteilung des Gefängnisses wisse er nichts. Als er erwachte, sei er hier gewesen. Auch weiß er nichts von dem akinetischen Zustande. Jetzt habe er nur manchmal in der Nacht Angst und höre „Hilfe" rufen. Man habe ihm wohl etwas im Essen im Untersuchungsgefängnis eingegeben, daß er solche Sachen hörte, damit er sich das Leben nehmen solle.

25. Januar. Wiederholt heftig erregt, schimpft, ist aggressiv, muß isoliert werden. Klagen über Kopfschmerzen und schlechten Schlaf. Zeitweise larmoyant.

15. März. Wieder im Saale, ist er zunächst freundlich, zufrieden, bald aber wieder ärgerlich, ablehnend, drängt hinaus.

28. April. Auf Antrag wird er gebessert zu seinen Eltern entlassen.

Er treibt sich herum, arbeitet nicht, beteiligt sich an einer Messerstecherei. Bei der nachträglichen Verhaftung wehrt er sich verzweifelt und wird durch Säbelhiebe der Schutzleute mehrfach verwundet.

Am 15. Mai 1900 wird er gefesselt in heftiger Erregung wieder in die Irrenanstalt eingeliefert. Am folgenden Tage ist er völlig klar, geordnet, recht kleinlaut, erzählt, daß er schon einige Tage unruhig und ängstlich war.

In der Folgezeit ist er sehr labiler Stimmung, bald freundlich, zugänglich, bald gereizt, verdrossen, ablehnend, mißtrauisch, manchmal verzweifelt. Schlaf selbst mit Hypnoticis schlecht. Klagen über Kopfschmerzen, Angst.

13. August. Gestern abend war er sehr unruhig und ängstlich, blieb nicht im Bett, lief im Saal herum. Auf die Aufforderung, sich hinzulegen, wurde er sehr erregt, knirschte mit den Zähnen, rannte mit dem Kopf gegen die Wand, schrie: „Ihr Lumpen wollt mich umbringen", nachher bekam er einen Anfall, der nach Angaben des Wärters wie ein epileptischer ausgesehen haben soll. Heut hat er Amnesie dafür und klagt über heftige Kopfschmerzen.

20. Januar 1901. Dauernd gleichmäßiges Bild. Nichts von Wahnideen oder Halluzinationen. Mürrisch, drängt hinaus. Klagen über Kopfschmerzen und Ängstlichkeit. Der Puls ist oft unregelmäßig.

4. Februar 1901. Gebessert entlassen.

Am 25. April 1901 wird er wieder in Untersuchungshaft genommen, aber für geisteskrank erklärt. Das Gutachten des betreffenden Arztes



lautet dahin, daß bei ihm „ein vorgeschrittenes Stadium der Katatonie vorliegt, daß er nie den Eindruck eines Simulanten gemacht hat."

Am 8. Juni 1901 erfolgte seine dritte Aufnahme in die Irrenanstalt Br. Er war hier geordnet, meist verdrossener Stimmung und äußerte vage Beeinträchtigungsideen: man wolle ihn vernichten, alle stecken unter einer Decke, man habe ihn zu Hause mit Röntgenstrahlen beobachtet.

Am 25. Juni 1901 entflieht er, indem er Bettlaken zusammenbindet und sich aus dem 2. Stock in der Nacht hinunterläßt.

Diagnose: Epileptische Degeneration.

Vom 24. August bis 20. September 1901 ist er zum vierten Male in der Anstalt. Er produziert dieselben Beeinträchtigungsideen, hört angeblich ab und zu seine Mutter jammern. Wechselnde Analgesien der Haut. Er wird für haftfähig erklärt. Nach dem Gutachten des Gefängnisarztes vom 9. Dezember 1901 war er zuerst unruhig, schimpfte, wurde dann immer stiller, verweigerte die Nahrungsaufnahme. Dann bekam er einmal Krämpfe mit tiefer Bewußtseinstörung und weiten starren Pupillen, die auch nach den Anfällen noch eine Zeitlang in diesem Zustande verblieben. Dann folgte Benommenheit. In 6 Wochen nahm er 10 kg an Gewicht ab.

Er kam nun zur Beobachtung seines Geisteszustandes auf 6 Wochen in die Provinzialirrenanstalt K. Das Gutachten vom 7. März 1902 besagt im Auszuge:

Mäßiger Ernährungzustand, schlaffe Muskulatur, blasse Schleimhäute. Die Finger sind bläulich, kühl. Der Puls ist regelmäßig; wechselt aber rasch an Zahl; die Differenz beträgt bis 50 Schläge. Diffuse starke Hypalgesie. Tremor der Finger; lebhafte Sehnenreflexe. Haltung und Gang sind schlaff.

Schlaff, antwortet selten und leise; ab und zu murmelt er vor sich hin und pendelt mit dem Kopfe. Ißt schlecht und schläft sehr wenig. In der Nacht hat er oft das Aussehen eines ängstlich Halluzinierenden; sonst ist der Ausdruck leer. Ohne jede Initiative. Bei passiven Bewegungen Schlaffheit. Wiederholt mit Urin unsauber. Vom 8. bis zum 16. Januar nimmt er keine Nahrung zu sich, nimmt in dieser Woche 6 kg an Gewicht ab. Dann wird er mit der Schlundsonde ernährt, was er sich ohne Widerstreben gefallen läßt; später nimmt er wieder spontan Nahrung zu sich. Manchmal ist er ängstlich, murmelt monoton, leise: „Man hat mich vergiftet; der Kaiser hat mich vergiftet" u. ähnl. Er schläft dauernd sehr wenig.

In den letzten Tagen der Beobachtungzeit ändert sich das Bild. Es tritt eine leichte Aktivität ein; er versucht die Hand zu geben, später auch sich selbst an- und auszuziehen. Zuletzt sprach er auch, leise und zögernd. Er erweist sich als örtlich und zeitlich desorientiert. Er spricht oft vorbei, gibt wechselnde Antworten. Er werde vom Kaiser verfolgt, mit Röntgenstrahlen elektrisiert. Im Essen sei Petroleum. Der Kaiser

sei das Werkzeug von Geistern. Solche Geister seien ihm erschienen und hätten ihm verkündet, er werde im Jenseits König des himmlischen Reiches werden.

Diagnose: Epileptischer Stupor.

Er wird ins Untersuchungsgefängnis zurück und von da zum fünften Male am 20. März 1902 in die Irrenanstalt B. verlegt.

20. März 1902. Im Aufnahmezimmer prügelt er sich mit den ihn einliefernden Schutzleuten herum. Zu Bett gebracht, hockt er ruhig da, macht Wiegebewegungen mit dem Rumpf und stereotype Bewegungen mit den Armen. Auf eindringliche Fragen antwortet er, er solle mit Genehmigung des Kaisers endlich ganz vernichtet, die Knochen ihm entfernt werden. Die Sprache ist leise, monoton, das Gesicht unbelebt; der Blick müde ins Weite gerichtet.

27. März. Ißt einige Tage nicht, wird ohne Sträuben mit der Schlundsonde ernährt. Schläft trotz Hypnoticis nicht. Antwortet nicht, murmelt unverständlich vor sich hin.

3. April. Ißt allein, spricht; äußert eine Reihe Wünsche, z. B. nach Milch, nach Apenta gegen seine Stuhlverstopfung; will seine Angehörigen sprechen.

26. April. Hat wieder etwa 8 Tage nichts gegessen und viel an Gewicht abgenommen. Ißt jetzt wieder allein, wenn auch wenig. Er liegt ablehnend im Bett, murmelt vor sich hin, macht ab und zu seine Wiegebewegungen. Der Schlaf ist dauernd sehr schlecht.

Soll geäußert haben, auch 20 Wärter würden ihn nicht am Ausreißen hindern.

13. Juni. Geht mit in den Garten; hält sich stets allein; geht mit müden, schleppenden Schritten. Eines Tages erklärt er gehört zu haben, sein Bruder habe sich aufgehängt; er fragt, ob das wahr sei, erkundigt sich auch in einem Briefe an seine Eltern danach.

25. Juni. Neben seinem Bette wird in seiner Abwesenheit ein Dietrich gefunden. Er erkundigt sich, als er vom Garten heraufkommt, bei den Pflegern und bei Kranken, ob nichts gefunden sei. Als man ihm direkt sagt, daß der Dietrich von ihm herrühre, wird er erregt, lärmt und poltert an der Tür.

7. Juli. Nimmt der Nachtwache, die er verleitet hatte, sich in ein leerstehendes Bett zur Ruhe hinzulegen, und die eingeschlafen war, die Schlüssel aus der Hosentasche und entflieht.

Schon am 16. Juli 1902 wird er aber von der Polizei ergriffen und wieder eingeliefert.

Dauernd meist ablehnend, mürrisch. Da er gegen das Wartepersonal wiederholt aggressiv wird, wird er isoliert. Ißt darauf wieder einige Tage nicht. Klagt oft über Kopfschmerzen und Herzklopfen. Erzählt einmal von einem nächtlichen Anfall: er habe die Besinnung verloren, beim Erwachen in einer anderen Ecke der Zelle gelegen; Kopfschmerzen gehabt.



10. September. Kommt mit einer Reihe wahnhafter Ideen heraus: Er sei zu was Hohem geboren, sei überhaupt kein Mensch, sei eine Art Geist. Er habe kein Fleisch und Blut; er sei unsterblich; man könne ihn schneiden und stechen, er spüre es nicht. Fortwährend gingen elektrische Ströme durch seinen Körper. Die Beine würden ihm manchmal starr. Er habe kein Herz. Er fühle sich stark wie Herkules; er habe sich an den Kaiser gewandt, aber keine Gerechtigkeit gefunden; deshalb werde der Kaiser abgesetzt werden. Vor der Tür stünden Leute, die ihn verhöhnen, sich über ihn lustig machen.

5. Oktober. Wieder im Saal. Liegt ruhig, zusammengekauert im Bett, oft versonnen vor sich hinlächelnd. Sprache langsam. Ißt und bewegt sich allein. Ist völlig orientiert; Gedächtnis, Merkfähigkeit, Kombinationsfähigkeit sind gut. Ab und zu äußert er vage Beeinträchtigungsideen gegen die Umgebung und einzelne hypochondrische Ideen: daß ihm die Knochen vereitern, eine elektrische Maschine in seinem Leibe sei. Ab und zu treten tachykardische Anfälle bei ihm auf: Er wird blaß, ängstlich; die Atmung wird jagend; der Puls steigt auf 160, ist klein. Es erfolgt ein starker Schweißausbruch, links stärker als rechts.

20. November. Hört angeblich aus dem Nebensaale „Schüttelkopf“, „Hochzeit“. Er erkennt die Stimme seiner Braut. Glaubt, sie sei verheiratet. Auch hänge es damit zusammen, daß ein Arzt neulich an der Uhrkette einen Ring trug.

21. Februar 1903. Dauernd gleichmäßig. Gibt nur ab und zu an, elektrisiert zu werden und seinen Namen rufen zu hören. Keine Krankheitseinsicht.

Wird gebessert auf Antrag der Eltern entlassen.

Nunmehr wird das seinerzeit wegen Geisteskrankheit eingestellte Verfahren wegen 21 Einbruchdiebstählen, die er vom Februar bis August 1901 zum Teil äußerst raffiniert begangen hatte, wieder eröffnet. Im Vorverfahren erklärt er, nichts von allem zu wissen. In der Hauptverhandlung am 10. März 1903 bekommt er bald zu Beginn einen Anfall von Konvulsionen, den der eine der ärztlichen Sachverständigen bestimmt als simuliert beurteilt. Er sitzt dann anscheinend teilnahmlos da, spricht nicht. Erst nach den Plaidoyers verteidigt er sich recht geschickt und beweist, daß er der ganzen Verhandlung mit Aufmerksamkeit und Verständnis gefolgt ist.

Beide Sachverständige erklären ihn als zur Zeit der Verbrechen nicht geisteskrank.

Er wird verurteilt und kommt am 28. April 1903 ins Zuchthaus Gr.-Str.

Von hier aus beantragt er Wiederaufnahme des Verfahrens und begründet dies geschickt damit, daß er stets nur als gebessert aus den Irrenanstalten entlassen ist, und daß ihn einer der Sachverständigen seinerzeit als erheblich schwachsinnig erklärt hat. Nach Zurückweisung



des Antrages und der Beschwerde dagegen legt er in mehreren durchaus geordneten Schreiben an die Staatsanwaltschaft ein Geständnis ab, zeigt für die einzelnen Vorgänge aus dieser Zeit gute Erinnerung, beschuldigt mehrere bekannte Komplicen von ihm der Teilnahme.

Bis zum 1. Oktober 1906, also 3½ Jahre benimmt er sich im Zuchthaus völlig unauffällig, der Hausordnung gemäß.

An diesem Tage schreibt er an den Staatsanwalt und bittet um Freilassung. Er habe keine Strafe, werde nur gequält, man beschuldige ihn des Giftmordes.

Am 26. Oktober 1906 beschwert er sich über Reden von Frauenzimmern und über allerlei Gesichter. Er klagt die Ärzte der Freiheitberaubung seit 1899 an und verlangt 50 M. täglich Schadenersatz. Er arbeitet nicht mehr, wird zeitweise erregt, zeigt einen mürrischen Gesichtsausdruck. Bisweilen bittet er weinend um seine Entlassung.

Vom 7. Dezember 1906 bis 2. Mai 1907 befindet er sich zur Beobachtung wieder in der Irrenabteilung in B.

Bei der Aufnahme kommt er langsam, schleppenden Schrittes einher, antwortet nicht, zeigt auf seinen Kehlkopf und einen Furunkel am Handrücken und sagt: „Gift". Kennt angeblich niemanden hier; ist örtlich orientiert, zeitlich nicht. Die einfachsten Gegenstände bezeichnet er falsch; ebenso Geldstücke; kann angeblich nicht 2 + 2 ausrechnen usw.; weiß nicht, welche Jahreszeit jetzt ist. Er erzählt, man habe ihm Gift ins Essen gegeben; die Haut sei welk und schwarz; elektrische Ströme gehen durch seinen Körper; in der Nacht kommen Frauenzimmer und ziehen ihm den Samen ab. (NB. Mit der einen Hand hält er fortwährend seinen Penis fest, damit der Samen nicht weggehe.)

Diffuse Analgesie. Rachen- und Nasenreflexe fehlen. Sehnenreflexe lebhaft.

3. Januar 1907. Liegt dauernd mit verschlafenem Gesichtsausdruck, ohne scheinbar die Umgebung zu beachten, murmelt vor sich hin, ißt und schläft schlecht. Klagt oft über Herzklopfen und Beklemmung. Der Puls ist dauernd in ruhiger Bettlage etwa 120 in der Minute. Unter Klagen über Angst steigt er bisweilen auf 160 bis 170. Er wird dann blaß, zittert und schwitzt meist nur halbseitig, besonders links. Angeblich dauernd Phoneme.

12. Februar. Bezeichnet Gegenstände richtig, Geldsorten nicht. Fragt man ihn nach der Zahl der Augen, Ohren, Finger usw., so zählt er erst ab.

Meint, man wolle ihn hier vergiften; die Zähne seien schon wacklig; in Gr.-Str. habe man ihn chloroformiert und ihm dann eine Maschine in den Kopf gesteckt. Die anderen spucken hier vor ihm aus.

1. April. Nach einem plötzlichen Erregungszustande lag er bis heut 14 Tage regunglos, ohne Initiative, aß auch einige Tage nichts, trank



dann spontan etwas Milch, war wiederholt unsauber. Schlaf dauernd sehr schlecht.

Sein Gewicht ist seit der Aufnahme von 75 auf 62 kg heruntergegangen.

3. April. Erklärt heut plötzlich, er hieße nicht M., sondern P. v. D. Sein Bruder habe eine große Papierfabrik und ihm gehöre die Hälfte davon.

2. Mai. Bewegungen lebhafter, Hat wieder 8 kg an Gewicht zugenommen.

Nach der Irrenanstalt B. verlegt. Gibt hier auch an, er heiße P. v. D. sei der uneheliche Sohn eines Herrn v. D., bei dem seine Mutter seinerzeit in Stellung war. Wegen der Erbschaft halte man ihn gefangen, sei auch sein Bruder um die Ecke gebracht worden. Seit 29 Jahren werde er verfolgt. In Gr.-Str. sei er vom Direktor päderastiert worden.

Die Sprache ist langsam, leise, zögernd. Bewegt sich frei. Liegt anscheinend apathisch zu Bett, beobachtet aber die Vorgänge in der Umgebung gut. Klagt oft über Beklemmungen; dabei beschleunigt sich der Puls und wird unregelmäßig. Oft sind die Fingerspitzen blau und kalt, und er empfindet Kriebeln in ihnen. Er ist meist verstimmt; rennt oft ruhelos im Korridor hin und her.

Der Schlaf ist dauernd schlecht. Am 20. August entweicht er, wohl vermittelst Dietrichs.

Schon am 24. August wird er auf der Straße nach heftiger Gegenwehr von Schutzleuten ergriffen und zurückgebracht.

Er zeigt dann dauernd ein gleichmäßiges Bild. Bringt dieselben Wahnideen ziemlich affektlos vor, klagt viel über Kopfschmerzen, Angstanfälle, ist meist mürrisch, verstimmt, ab und zu heftig erregt und aggressiv.

Er schreibt Beschwerden über angebliche Mißstände in den Anstalten, aus denen eine gute Beobachtungsgabe hervorgeht.

Am 3. Februar 1908 entflieht er mit drei anderen geisteskranken Verbrechern und wird nach einiger Zeit nach Verübung neuer Einbrüche in der Provinz verhaftet.

Diese Krankengeschichte führt uns das Bild eines schwer entarteten, zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt hin und her pendelnden Gewohnheitverbrechers vor Augen. Bis zu seinem 20. Lebensjahre zeigte er auch bei den wiederholten Aufenthalten in Untersuchungs- und Strafgefängnissen keine Zeichen gestörter Geistestätigkeit. Auch bei seiner Aufnahme ins Untersuchungsgefängnis am 7. September 1899 bot er nichts Auffälliges. Nach 3 Tagen trat plötzlich ein heftiger Erregungzustand ein, in dem er, wie aus seinen späteren Angaben hervorgeht, wohl unter dem Einfluß ängstlicher Halluzinationen und



hypochondrischer Wahnideen stand. An diesen schloß sich sofort der etwa 3 Monate währende akinetisch-parakinetische Zustand an. Ohne irgendwelche Spontaneität, ohne Reaktion auf äußere Reize verharrte er zunächst dauernd in seinen monotonen Wiegebewegungen des Kopfes und Rumpfes, war mutazistisch, mußte gefüttert werden, ließ unter sich. Der unter den obwaltenden Umständen zunächst naheliegende Verdacht auf bewußte Täuschung mußte bei der weiteren Beobachtung fallen, zumal auch ein weit getriebener Ätherrausch keine Änderung in dem Verhalten hervorrief. Die Diagnose wurde auf katatonische Phase einer Dementia praecox gestellt. In andere Umgebung versetzt, zeigte sich Pat. nach 8 Tagen bereits völlig verändert. Von katatonen Erscheinungen war nichts mehr vorhanden, der Kranke zeigte im wesentlichen nur Zeichen einer starken Stimmungschwankung mit allerlei subjektiven und objektiven neurotischen Symptomen. Kaum wurde er aber im folgenden Jahre wieder in Untersuchungshaft genommen, so bot er sofort wieder das frühere Bild starker Hemmung, so daß der Gefängnisarzt, der seine Krankengeschichte nicht kannte, wieder „vorgeschrittenes Stadium der Katatonie" diagnostizierte. Kaum in der Irrenanstalt, ist er wieder völlig geordnet und entflieht in sehr geschickter und wohlüberlegter Weise. Wieder in Untersuchungshaft genommen, verfällt er nach einem nicht ganz klaren Anfall von Konvulsionen von neuem in einen schweren akinetischen Zustand mit starkem Gewichtsverlust, der auch in der Provinzialanstalt anhält, wohin er auf 6 Wochen zur Beobachtung kommt. Auch in der Anstalt in B. ist er dann zuerst anscheinend noch schwer gehemmt, so daß er mit der Schlundsonde ernährt werden muß; später ist die Hemmung zwar geringer, aber immer noch deutlich. Und nun entweicht er in äußerst überlegter und raffinierter Weise mitten aus diesem Stuporzustande heraus. Bei der kurz darauf erfolgenden Wiedereinlieferung kommt er mit einer Menge zusammenhangloser, phantastischer, meist hypochondrischer, ziemlich affektloser Wahnvorstellungen, zeigt aber nicht die geringste Einbuße an intellektuellen Fähigkeiten. Von motorischen Erscheinungen ist außer einer zeitweisen Neigung zu monotonen Bewegungen und Redewendungen nichts nachweisbar. Auch die Wahnideen schwinden bald; es restieren nur gelegentlich vereinzelte Halluzinationen. 1903 wird gegen ihn das Verfahren eröffnet wegen 21 Einbrüchen, die er in den



kurzen Pausen seiner Freiheit nach den wiederholten Entweichungen aus der Irrenanstalt zum Teil in geradezu bewundernswert geschickter und durchdachter Weise ausgeführt hatte. Er wird verurteilt und kommt ins Zuchthaus zu Gr.-Str., wo er sich 3½ Jahre völlig unauffällig und geordnet benimmt, sich auch keinerlei Verstöße gegen die Hausordnung zuschulden kommen läßt.

Plötzlich ohne alle Vorboten ändert sich dann wieder sein Verhalten. Er produziert allerlei Verfolgungswahnideen und halluziniert. In der Irrenabteilung zu Br. zeigt er zunächst das Bild eines *Ganser*schen Dämmerzustandes (Vorbeireden, diffuse Analgesie), später etwa 2 Wochen lang wieder einen Zustand völliger Regunglosigkeit mit Nahrungverweigerung und rapider Abmagerung, zuletzt außer den alten Verfolgungswahnideen, hypochondrischen Sensationen und Halluzinationen unvermittelt auftauchende Desorientierungen auf autopsychischem Gebiete, originäre Größenideen, aber ohne entsprechenden expansiven Affekt. Daneben bestehen ausgesprochene neurotische, vasomotorische und trophische Symptome. Auch in der Irrenanstalt B. zeigt er im wesentlichen dasselbe Bild. Aus einem Zustande anscheinender Apathie entweicht er von hier mittels eines Nachschlüssels, zurückgebracht später mit drei anderen Verbrechern sichtlich nach vorangegangener Verabredung unter recht geschickter Ausnützung einiger günstiger Momente. Eine intellektuelle Schwäche ist auch jetzt bei ihm nicht nachweisbar. —

R. H. 34 Jahre alt, Versicherungsinspektor.

Ein Bruder von ihm wurde mit 16 Jahren geisteskrank und starb nach einem Jahre in einer Irrenanstalt. Alle übrigen Familienmitglieder sollen völlig gesund sein. Pat. entwickelte sich geistig und körperlich in normaler Weise, kam in der Volksschule gut mit, bildete sich dann im Geschäfte seines Vaters als Kaufmann aus. Schon mit 17 Jahren machte er sich selbständig, hatte aber schon nach kurzer Zeit die 20000 M. verbraucht, die er von seinem Vater erhalten hatte. Er unternahm dann alles mögliche, gründete oder kaufte bald eine Restauration, bald eine Biergroßhandlung, bald eine Selterfabrik u. a. m. Hielt es nirgends lange aus, verlor immer Geld dabei. Zuletzt war er Wirt anrüchiger Spelunken.

Mit 21 Jahren heiratete er. Die Ehe war sehr unglücklich. Er trieb sich mit Prostituierten herum, mißhandelte und beschimpfte seine Frau, bedrohte sie wiederholt mit Erschießen und Erschlagen. Er verpraßte sein Geld, trank viel, obwohl er meist nur wenig vertragen konnte. Nach Alkohol bekam er wiederholt Wutanfälle, in denen er schrie, um sich



schlug, oder er benahm sich in anderer Weise auffallend, zündete z. B. einmal die Betten an oder drehte die Tische um, öffnete den Bierhahn und ließ das Bier ins Zimmer laufen. Er soll den Beinamen „der verrückte H." geführt haben. Er klagte oft über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Von 1892 bis 1901 ist er 8mal wegen Gewerbevergehen, Hausfriedensbruch und Beleidigung mit Geldstrafen bestraft worden. 1903 im Sommer bekam er 2 Wochen Gefängnis wegen Kuppelei, die er auch verbüßt hat, ohne daß irgend etwas an seinem Geisteszustande aufgefallen wäre. In demselben Jahre wurde er wegen Betruges zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt.

Wegen dieses Deliktes war er am 24. September 1903 in Untersuchungshaft genommen worden. In den zahlreichen Vernehmungen erschien er durchaus klar und geordnet. In der Hauptverhandlung am 21. November verteidigte er sich äußerst geschickt und sachgemäß. Am 24. November schreibt er einen 4 Seiten langen geordneten Brief an seine Frau, in dem er sie ersucht, für sein Wiederaufnahmeverfahren einen ärztlichen Sachverständigen zu nehmen, „da er, wie sie wisse, manchmal verdreht sei und ihre Mutter schon vor der Hochzeit zu ihr gesagt habe: „Du wirst doch den verrückten H. nicht heiraten!" Dann fährt er fort: „Ich will Dir ferner bemerken, daß ich meine Sehkraft verliere, habe tatsächlich beim letzten Hiersein weder Frl. Martha noch Agnes erkannt".

Am 26. November erklärt er, die Strafe sofort anzutreten, auf Revision zu verzichten und später das Wiederaufnahmeverfahren zu beantragen.

Am 27. November beantragte er Wiederaufnahme des Verfahrens, weil er zur Zeit der Tat geisteskrank gewesen sei und von den Handlungsn nichts wisse. Er leide an solchen Zuständen, in denen er Sachen treibe, von denen er erst nachher erfahre, z. B. habe er 1896 in der Uniform eines Feuerwehrhauptmanns die russische Grenze überschritten (Nb. er wohnte damals in Oberschlesien nahe der Grenze), sei dort festgenommen und zu 200 Rubel Strafe verurteilt worden.

Am 22. Dezember berichtete der Arzt des Untersuchungsgefängnisses, daß er Zeichen einer Geisteskrankheit an ihm nicht beobachtet habe.

Am 17. Januar 1904 richtet er unvermittelt an einen Aufseher die Frage, ob der Papst Klavier spiele. Später erklärt er, er wolle den Staatsanwalt erwarten, der kommen würde, um sich mit ihm zu duellieren.

Seit dem 19 Januar benahm er sich auffallend, arbeitete und aß zeitweise nicht, saß stumpf da, wiederholte fortwährend einige Phrasen, ohne auf die Anreden des Aufsehers zu reagieren.

Vom 20. bis 26. Januar befand er sich auf der Krankenstation; er aß und besorgte sich allein; er machte eigentümliche Gesten und gab verkehrte Antworten, während er sich mit den Zellengenossen nicht selten ganz verständig unterhalten haben soll.

Er wurde auf seinen Geisteszustand von dem Gerichtsarzt Prof. Dr. L. beobachtet. Aus dessen Gutachten vom 29. Januar sei folgendes Protokoll herausgehoben:

| | |
|---|---|
| Wie heißen Sie? | Schöner Schnurrbart, nicht hauen (streicht sich seinen spärlichen Schnurrbart). |
| Wie alt sind Sie? | Staatsanwalt duellieren. |
| Wo sind sie hier? | hat nicht gemacht. |
| In welchem Hause? | bin schön (lächelt selbstgefällig). |
| Wie heißt Ihre Frau? | schöner Schnurrbart (streicht sich den Bart). |
| Sind Sie verheiratet? | bin Hauptmann. |
| Was ist das (Taschenuhr)? | bin schön. |
| Was ist das (Federhalter)? | die Frau ist gestorben. |
| Was ist das (20-Markstück)? | Kugel, schön. |
| Wie heißt Ihre Frau mit Vornamen? | hat 2 Kinder. (Nb. ist kinderlos). |
| Was ist das (Schlüssel)? | bin schön. |
| Wozu ist das? | Minna heißt sie. |
| Wer? | Die Frau ist gestorben. |

Es ist unverkennbar, fährt der Gutachter fort, daß H. sich Mühe gibt, möglichst blöde auszusehen; er blickt von einem Gegenstand auf den andern und führt allerlei Bewegungen mit Rumpf und Gliedmaßen aus, ohne irgendwie erregt zu erscheinen, und spielt ungeschickt einen Menschen, der seine Aufmerksamkeit nicht konzentrieren kann. Er kommt zu dem Schluß, daß der Gefangene Geisteskrankheit simuliert. Am 15. Februar meldet er sich, um Zeugen anzugeben, erscheint dabei „als kaum vernehmungfähig“. Am 18. März meldet er bei seiner Vorführung: „Ich will Beschwerde einlegen“. Auf die Frage, ob er noch etwas zu sagen habe, meint er: „Ich bin Hauptmann bei den Husaren in Berlin“. In den folgenden Tagen läßt er sich noch wiederholt zu Protokoll vernehmen und gibt an, er sei der Sohn des Regierungspräsidenten, er habe Zeugen, die das bekunden können; er sei Hauptmann, er werde sich mit dem Staatsanwalt duellieren.

Am 29. April wurde er aus dem Untersuchungsgefängnis ins Strafgefängnis Breslau überführt. Hier zeigte er sofort ein so eigentümliches Verhalten, daß er zur Beobachtung in die Irrenabteilung verlegt wurde.

3. Mai. Geht mit kleinen Schritten an der Wand entlang, diese ansehend, reagiert nicht auf Anreden. Das Essen muß ihm in den Mund gesteckt werden; er schluckt nur langsam. Spricht nicht, folgt keiner Aufforderung.

4. Mai. Hat nicht geschlafen; schluckt nicht beim Füttern, stöhnt zuweilen schwer auf. Der Gesichtsausdruck ist dement. Sich selbst überlassen geht er ständig mit kleinen Schritten, gebeugter Rumpf- und Kopf-





haltung an der Wand entlang. Der Lidschlag ist sehr selten. Beachtet die Umgebung nicht. Beim Anziehen muß er fortwährend ermuntert werden. Beantwortet auf Drängen einige Fragen in paralogischer Weise, z. B.

| | |
|---|---|
| Wie alt sind Sie? | Lassen hat gesagt duellieren. |
| Wo sind Sie her? | 100 Jahre. |

5. Juni. Liegt dauernd in derselben starren Haltung da, den Kopf abgehoben, den linken Arm im Ellenbogengelenk gebeugt an die Brust angepreßt, die Finger am Kinn. Negativismus. Sehr selten Lidschlag. Ohne jede Initiative. Muß dauernd mit der Schlundsonde genährt werden; schluckt nicht. Unsauber mit Urin. Der Puls zählt im Liegen ca. 40, beim Stehen ca. 120 Schläge. Die Sehnenreflexe sind lebhaft. Nur bei Stichen in die Nasenhöhle erfolgt leichtes Abwehren durch Wenden des Kopfes.

24. Juni. Am rechten Auge hat sich ein kleines tiefes Hornhautgeschwür gebildet mit relativ geringen entzündlichen Erscheinungen.

Unveränderte, totale Akinese. Schläft sehr wenig.

30. Juni. Beginnt langsam Flüssigkeiten zu schlucken, die ihm mit dem Löffel eingeflößt werden. Öffnet nur wenig den Mund. Dauernd unverändert dieselbe fixierte Haltung, derselbe starre Negativismus.

30. Juli. Öffnet den Mund etwas weiter, schluckt auch besser, aber nur Flüssigkeiten. Die Starre in den Oberextremitäten scheint zeitweise etwas nachzulassen. Beim Aufrichten hilft er nach, versucht sichtlich, wenn auch vergebens, zu sprechen.

8. August. Beide Hände noch immer in Tetaniestellung, die linke aber nicht mehr am Kinn, sondern auf der Brust. Die Stirnrunzelung und die Augenstellung (Blick nach oben) ist unverändert. Die Starre ist etwas geringer Initiativ besteht noch totale Akinese; dagegen nicht mehr reaktiv. Bei Aufträgen zu Bewegungen zeigt er ein eigentümliches, parakinetisches Verhalten. Beim Auftrage, die Zunge zu zeigen, wird der Mund zunächst rhythmisch auf- und zugemacht; die Zunge bleibt zunächst ruhig in der Mundhöhle, wird dann ruckweise vorgestoßen und zurückgezogen. Die Zungenspitze kommt dabei aber nicht über die Zahnreihe hinaus. Bei der Aufforderung, nachzusprechen, treten zu den geschilderten Mundbewegungen noch grimassierende Bewegungen im Gesicht. Dabei werden einzelne stöhnende Laute hörbar.

16. August. Heute bringt er zum ersten Male die Zungenspitze vor die Zahnreihen. Mit grunzenden Lauten, aber in richtigem Rhytmus spricht er „guten Morgen“ nach. Bei Aufforderung sich hinzusetzen, die Hand zu geben, finden allerlei unzweckmäßige Bewegungen in den Rumpfmuskeln statt, so daß er aus dem Bette zu fallen droht. Mit Unterstützung gelingt es ihm sich aufzusetzen und zu sitzen. Dabei wird der Mund fortwährend auf- und zugemacht. Einmal gelingt ihm heut, die rechte Hand zu reichen. Bei der Aufforderung, zu drücken, finden einige Fingerbewegungen statt.

31. August. Die Starre ist geringer geworden. Initiativ noch mutazistisch und akinetisch. Auf Aufforderungen macht er langsame Bewegungen, versucht auch zu antworten. Es wird beobachtet, daß er augenscheinlich nicht sieht. Er läuft solange geradeaus, bis er mit dem Kopfe anstößt, weicht Hindernissen nicht aus. Beim Greifen nach vorgehaltenen Gegenständen tastet er umher. Spontan greift er nach ihnen erst dann, wenn man sein Gesicht mit ihnen berührt. Alle seine Bewegungen haben einen eigentümlichen, verzerrten Charakter. Sie werden meist in zweckmäßiger Form eingeleitet, in der Ausführung aber durch eine Reihe stereotyper Bewegungen unterbrochen, z. B. durch eine Bewegung, als ob er ein Glas zum Munde führen wollte, als ob er die Hand zum Schwure erheben möchte, und ähnliche. Häufig treten auch Grimassen im Gesicht auf. Die Sprache besteht meist nur in mühsam hervorgestoßenen grunzenden und zischenden Lauten, aus denen man hin und wieder ein artikuliertes Wort heraushören kann, das dann meist lange Zeit wiederholt wird.

25. September. Die ophthalmoskopische Untersuchung (Prof. H.) ergibt einen völlig negativen Befund. Das psychische Verhalten ist unverändert.

30. Dezember. Allmählich ist die Hemmung wieder stärker geworden. Initiativ ist er völlig akinetisch und mutazistisch. Die reaktiven Bewegungen geschehen langsam, schwerfällig. Das Essen muß ihm wieder in den Mund gereicht werden.

In diesem Zustand bleibt er unverändert bis zu seiner Überführung in die Provinzial-Irrenanstalt am 8. Juli 1905. Auch bei Besuchen von Verwandten bleibt er völlig akinetisch und mutazistisch.

Die Gewichtskurve geht dem Befinden parallel. Zunächst während des Stadiums der völligen Akinese und intensiven Starre fällt sein Körpergewicht von 61 bis 59 kg am Ende Juli 1904, steigt dann bis 68 kg am Anfang November, um dann wieder bis zur Entlassung auf 56½ kg zu sinken.

Die Diagnose lautet Katatonie. In der Provinzialanstalt ist schon nach einigen Tagen Hemmung und Blindheit völlig geschwunden. Er erkennt die Gegenstände in seiner Umgebung, liest auch mit Verständnis Zeitung und bewegt sich frei. Dies Verhalten hat sich seitdem auch nicht mehr geändert. In seinem psychischen Verhalten war zunächst dauernd bis Anfang 1907 eine gewisse Apathie auffallend; er macht sich keine Sorgen um seine Zukunft, stellt weder an Ärzte noch an das Pflegepersonal Fragen über Dauer, Zweck, Veranlassung seines Anstaltaufenthaltes. Für die Zeit vom August 1903 bis Mitte Juli 1905 hatte er angeblich völlige Amnesie. Auf die Frage, wie er selbst über seinen Geisteszustand urteile, war seine beständ ge Antwort: das muß ich den Herren Ärzten überlassen; das müssen die Herren Ärzte besser entscheiden.

Am 25. September 1905 berichtet die Direktion, „daß eine gewisse Besserung nicht zu verkennen ist, daß aber mit Rücksicht auf die lange





Dauer und die prognostisch ungünstige Form seiner Seelenstörung eine Aussicht auf eine günstige Heilung kaum mehr vorhanden ist".

Am 22. August 1906 — „daß eine weitere Besserung bei ihm nicht eingetreten, auch eine Aussicht auf Heilung nicht mehr vorhanden ist".

Am 25. August richtet der Kranke eine inhaltlich und formell durchaus geordnete schriftliche Beschwerde über einen Pfleger an die Direktion.

Am 18. September richtet er in Sachen der von seiner Ehefrau gegen ihn beantragten Ehescheidung ein völlig klares, sachgemäßes Schreiben an seinen Rechtsanwalt und weist darin z. B. überzeugend nach, daß das 1 ½ Jahre alte Kind seiner Frau nicht von ihm sein könne u. a. m.

Am 13. Dezember schreibt er in etwas überschwänglicher Form, aber inhaltlich geordnet an seine Mutter und erwähnt u. a., daß er geisteskrank war, von den letzten 3 Jahren keine Erinnerung habe.

Am 9. Januar 1907 richtet er eine 9 Oktavseiten lange Schrift an Dr. A., den Redakteur einer sozialdemokratischen Zeitung, in der er in bombastischen Ausdrücken über die Zustände in der Irrenanstalt Beschwerde führt. Sie beweist bei aller Schiefheit des Urteils jedenfalls eine gute Beobachtungsgabe.

Am 24. Januar erwidert er in klarer sachgemäßer Weise auf den von seiner Frau gestellten Entmündigungsantrag. Er gibt an, geisteskrank gewesen zu sein, verwahrt sich aber dagegen, es auch jetzt zu sein.

Auch in dem Entmündigungstermine am 8. März 1907 zeigt er dieselbe Krankheiteinsicht und übergibt dem Richter eine Verteidigungschrift, die ein scharfes und logisches Denken verrät. Die beiden vom Gericht ernannten Sachverständigen, den Kreisarzt und einen Anstaltsarzt, versucht er als befangen abzulehnen und beantragt die Ladung zweier Ärzte aus Br. Die Amnesie für die Zeit von Mitte August 1903 bis Mitte Juli 1905 hält er unverändert aufrecht. Diese Amnesie sowohl wie sein ganzes Verhalten in der Provinzialanstalt halten die Sachverständigen für Simulation. Das Motiv sehen sie in dem Umstande, daß gegen H. seinerzeit auch ein Verfahren wegen Meineides anhängig gemacht worden ist; „konnte er seine letzte Verurteilung auf Grund von Geisteskrankheit nicht rückgängig machen, so versuchte er wenigstens in dem bevorstehenden Verfahren sich den Schutz des § 51 Str.G.B. zu sichern". Sie kommen zu dem Schluß: „Der p. H. ist ein degenerierter Mensch, wie das seine mehrfachen Bestrafungen und sein Lebenswandel beweisen, der schließlich bei Verbüßung seiner letzten Straftat durch Autosuggestion in einen hysterischen Dämmerzustand verfiel, der wiederum durch katatone Krankheitsymptome ausgezeichnet wurde und somit bei Unkenntnis seines früheren Verhaltens recht leicht als Katatonie angesehen werden konnte. — H. ist nicht mehr geisteskrank, und da auch Zeichen von Schwachsinn nicht vorhanden sind, wie dies auch aus dem Schreiben in den Akten hervorgeht, ist H. auch weder geisteskrank noch geistesschwach im Sinne des Gesetzes."





Daraufhin wurde die Entmündigung abgelehnt und H. als nicht geisteskrank zur Weiterverbüßung seiner Strafe empfohlen. Am 29. Mai 1907 kam er zunächst zur nochmaligen Beobachtung in die Irrenabteilung des Gefängnisses zu Br. Hier konnten während der ganzen Beobachtungzeit irgendwelche Zeichen geistiger Störung nicht mehr nachgewiesen werden. Er ist freundlich, entgegenkommend, hat volles Verständnis für seine Umgebung. Merkfähigkeit, Kombinationsfähigkeit scheinen ungestört. Seine Stimmung ist eine gleichmäßige, zufriedene. Er spricht und bewegt sich frei und ungehemmt. Für die Zeit vom August 1903 bis zum 15. Juli 1905 hat er angeblich völlige Amnesie. Das letzte Ereignis im Jahre 1903, an das er sich noch erinnern will, ist eine Vernehmung auf dem Polizeikommissariat wegen einer falsch eingeklagten Forderung. Daß er 1903 wegen Kuppelei verurteilt und die 14 Tage Gefängnis auch abgesessen hat, von seiner Untersuchungshaft, seiner Verurteilung, seinem ersten Aufenthalte in der Irrenabteilung weiß er angeblich nichts. Er sei erst in der Provinzialanstalt zu sich gekommen, man habe ihm da gesagt, wo er sei und daß man den 15. Juli 1905 schreibe; an diesem Tage habe ihn der Arzt nach dem russisch-japanischen Kriege gefragt. Zu seiner Verurteilung stellt er sich ziemlich gleichmütig; er erklärt sich bereit, den Rest seiner Strafe (gegen 2 Jahre) abzubüßen. Er wisse zwar nicht, ob und wann er verurteilt sei, aber er sehe ein, daß er dagegen nichts machen könne. Da ihm eine so lange Zeit aus dem Gedächtnis entschwunden sei, müsse er wohl schwer geisteskrank gewesen sein. Nahrungaufnahme und Schlaf sind dauernd gut. Die Sehnenreflexe sind sehr lebhaft; die Hände und Finger sind stets kühl und livide; die Pulszahl beträgt dauernd ca. 90 in der Minute. Es bestehen keinerlei hysterische Stigmata.

Ende August 1907 wird er als nicht mehr geisteskrank zur Verbüßung seiner Reststrafe nach dem Zentralgefängnis zu W. überführt. Hier wieder bei landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt, benimmt er sich dauernd völlig hausordnungsgemäß. Irgendwelche Erscheinungen nervöser oder geistiger Störung sind bei ihm nach dem Berichte des Anstaltsarztes nicht mehr beobachtet worden.

Auch in diesem Falle haben wir es mit einem schwer degenerierten Menschen zu tun. Die Unstetigkeit der Lebensführung, das Auftreten pathologischer Rauschzustände sind beweisende Stigmata. Bei diesem Individuum kommt es nun in der Haft nach der Verurteilung zu einer längeren Freiheitstrafe zunächst zu einem Zustande scheinbarer Verwirrtheit, der nach der ganzen Art und den begleitenden Nebenumständen dringend den Verdacht absichtlicher Vortäuschung erwecken muß. In der Irrenanstalt verfällt er dann sofort in einen Zustand hochgradigsten Stupors mit andauernder, stereotyper Haltung, Negativismus, Mutazismus, Nahrungverweigung, Unsauberkeit, Ge-





wichtabnahme. Infolge des hochgradig verlangsamten Lidschlages kommt es auf der Hornhaut des einen Auges zu einem tiefgehenden, reizlosen Geschwür. Dieser Zustand dauert mit vorübergehendem geringen Nachlaß der Intensität in gleicher Form etwa 1¼ Jahr, um nach Verlegung in eine andere Anstalt plötzlich zu verschwinden. Der Gedanke an Simulation, der bei der Vorgeschichte natürlich anfangs ebenfalls auftauchte, mußte bei der Konstanz und Dauer des Zustandes fallen. Es konnte schließlich die Diagnose nur, wie geschehen, auf eine katatone Form der Dementia praecox gestellt werden. Auch in der Provinzialirrenanstalt wurde noch lange Zeit auch nach dem überraschend schnellen Abklingen der katatonen Symptome an der Diagnose Dementia praecox festgehalten und dementsprechend eine ungünstige Prognose gestellt. —

J. K. geboren 1865 in Oberschlesien. Von seinen Familienverhältnissen ist nichts bekannt. Die Schule besuchte er unregelmäßig. Als Kind soll er, wie er angibt, einmal „Krämpfe" gehabt und vorübergehend „irrsinnig" gewesen sein; auch soll er einmal vom Heuboden heruntergefallen sein. Er versuchte es mit verschiedenen Professionen, als Bäcker, Seiler, Gastwirt, hielt es nirgend lange aus, hat nichts ausgelernt, war später meist als Kutscher tätig. 1883 soll er Pocken gehabt und eine doppelseitige chronische Ohreiterung und Schwerhörigkeit davongetragen haben. Er war immer ein starker Schnapstrinker. 1890 erhielt er die erste Gefängnisstrafe wegen Hausfriedensbruchs. Seitdem ist er elfmal mit Gefängnis, im ganzen mit 6 Jahren und seit 1897 viermal mit Zuchthaus, im ganzen mit 8½ Jahren wegen Unterschlagung und Diebstahls bestraft.

Im August 1897 erkrankte er im Untersuchungsgefängnis, nachdem eine eingelegte Revision gegen das Urteil von 2 Jahren Zuchthaus wegen Rückfalldiebstahls verworfen war. Er wurde still, ängstlich, stand unter dem Einfluß von ängstlichen, bedrohenden Sinnestäuschungen und ängstlichen Wahnideen. Er stand oft unbeweglich in einer Ecke und wiederholte andauernd dieselben Worte, z. B. Gott, warum hast du mich verlassen usw. Nach einigen Wochen traten hinzu Schwäche der unteren Extremitäten, Abmagerung, Nackensteifigkeit, Herabsetzung der Schmerzempfindung der Haut, Steigerung der Sehnenreflexe (rechts Fußklonus). Später zeigten sich noch Schlingbeschwerden, sowie Unfähigkeit zu sitzen und zu gehen und hochgradige Schwerhörigkeit. Es bestand vollkommene Apathie. Zuletzt kamen noch Kontrakturen in Armen und Beinen hinzu. Der Puls wurde klein und langsam.

Die Diagnose des Gefängnisarztes lautete: Melancholia cum stupore.

Am 22. März 1898 kam er auf 6 Wochen zur Beobachtung in die Provinzialanstalt R.



Status bei der Aufnahme: Schlecht genährt; blöder Gesichtsausdruck; Ohrläppchen sind angewachsen; am Scheitel befindet sich eine verschiebliche Hautnarbe. Das Hörvermögen ist anscheinend aufgehoben. Die rechte Pupille ist größer als die linke, beide reagieren auf Licht und Konvergenz.

Die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen; der rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke. Die Uvula ist nach links gerichtet. Die Zunge zittert und weicht nach rechts ab. Die Sprache ist langsam, schleppend. Der Gang ist stampfend, unsicher, schwankend. Beim Stehen starkes Zittern, bei Augenschluß Schwanken.

Erzählt, die Halunken im Gefängnis hätten ihn aufgehangen, nicht zum Arzt gelassen; da sei er besinnunglos geworden. Sie hätten ihm Salz und Wasser in die Ohren geschüttet, da sei er taub geworden. Er habe Sausen im Kopfe. Rechts habe er immer schlecht gehört, links aber gut; jetzt höre er gar nicht. In der Nacht sehe er noch allerlei Tiere.

Vorgezeigte Gegenstände bezeichnet er richtig; nur kennt er angeblich keine Geldstücke, liest die Wertzahlen ab.

Seit August 1907 habe er furchtbare Kopfschmerzen und schlechten Schlaf.

Er sei schon, erzählt er, wiederholt geisteskrank gewesen, habe gelegen und von nichts gewußt, besonders wenn es heiß war.

27. März. Klagen über Kopfschmerzen. Wiederholt oft die Sätze mehrmals hintereinander.

30. März. Spricht viel im Schlaf; analgetisch gegen den faradischen Strom; beteuert seine Unschuld.

8. April. Klage über Kopfschmerzen. Die Patellarreflexe sind stark gesteigert, rechts besteht starker, links schwacher Fußklonus. Der Gang ist breitspurig, spastisch.

Sieht im Affekt nicht so blödsinnig aus.

Greift oft daneben, zittert an den Händen.

Erzählt, man habe ihm im Gefängnis geladene Patronen in den Mund gesteckt; er wisse zwar selbst nicht von allem, da er bewußtlos war, aber der Krankenaufseher habe es ihm aufgeschrieben. Dabei wird er erregt; die Gesichtsmuskeln zittern.

18. April. Kein Fußklonus mehr.

22. April. Während anfangs die auf den Kopf gesetzte Stimmgabel nicht gehört wurde, wird sie jetzt links gehört.

25. April. Das Gesichtsfeld ist beiderseits hochgradig konzentrisch eingeengt. Die Papillen sind weißlich verfärbt.

Manchmal klagt er über Kopfschmerzen, Schwindel und Flimmern vor den Augen.

2. Mai. Erklärt, jetzt sei er nicht geisteskrank, aber von Oktober 1897 bis zum März 1898 wisse er nichts; da müsse er doch bewußtlos gewesen sein.



Das Gutachten der Anstalt lautet dahin, daß K. an multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks und an Schwachsinn ziemlich hohen Grades leide und dauernd strafvollzugunfähig sei.

Am 4. August 1898 wurde er nach vorläufiger Strafaufhebung als Geisteskranker derselben Provinzialanstalt zugeführt.

Status bei der Aufnahme: Sehr munter, beweglich, Gesicht heiter. Die rechte Pupille ist größer als die linke; beide reagieren. Die Zunge zittert, weicht nach rechts ab, wird mühsam vorgestreckt. Die Sprache ist monoton. Tremor der Finger. Starke Ataxie aller Extremitäten. Gang sicher; kein Romberg. Analgesie, Patellarreflex normal; rechts Andeutung von Fußklonus.

Gehobene Stimmung; erkennt alle. Findet sich sofort zurecht; bittet um Urlaub; beteuert seine Unschuld.

22. August. Freundlich, fleißig.

4. September. Lacht wenig, ist anspruchvoll, drängt auf Entlassung. Behauptet, in seinem Prozesse hätten alle falsch geschworen. Er habe falsche Papiere bekommen; Zeichen seien ausradiert und andere hineingesetzt worden.

9. September. Mit einem anderen Verbrecher entwichen. (Nb. die Pfleger behaupten, daß er ganz gut hört und von den Vorgängen auf der Station gut unterrichtet ist.)

17. September. Wieder eingeliefert. Hört ganz gut.

23. September. Ablehnend, ißt wenig, droht mit Suizid.

7. Oktober. Klagt über Kopfschmerzen, Feuer vor den Augen; man quäle ihn, wolle ihn köpfen.

17. Oktober Als strafvollzugfähig zurück ins Zuchthaus überführt.

Aus dem Krankenberichte des Zuchthauses B.: Der körperliche Zustand hat sich seit der Aufnahme hier wesentlich gebessert; Gewichtzunahme 4 kg. Der bei der Einlieferung noch bestehende lebhafte Tremor beider Beine und Arme, das deutliche Intentionszittern, der leicht spastische Gang sind gänzlich geschwunden. Sehschärfe herabgesetzt (mäßige Myopie) Die Sehnervenpapille ist weißlich verfärbt und scheint leicht exkaviert zu sein. Pupillen reagieren. Völlige Taubheit. Sehnenreflexe zum Teil etwas gesteigert. Hautempfindlichkeit stark verringert, zum Teil ganz aufgehoben. Zuerst wurde er mit leichter Arbeit beschäftigt, brachte nichts Ordentliches zustande, führte unsinnige Reden, ging leichtsinnig mit dem Arbeitmesser um. Im Lazarett beschäftigt er sich fortwährend mit seinem Prozeß, murmelt immer dieselben Redensarten vor sich hin. Gibt einmal an, daß sich nachts Schlangen um seine Beine ringelten.

Am 27. Januar 1899 kam er zur Beobachtung in die mittlerweile errichtete Untersuchungstation für geisteskranke Verbrecher in Br.

Hier wiederholt erregt; äußert, er solle vergiftet werden; man wolle ihn ärgern, damit er verrückt würde; man gebe ihm schmutzige Wäsche

von anderen. Wiederholt mangelhafte Nahrungaufnahme. Dauernd nur schriftlicher Verkehr mit ihm möglich, da er nichts hören will.

Die Sehnenreflexe sind nicht erhöht; kein Romberg; Analgesie mit Ausnahme der Nasenschleimhaut und der Konjunktiven. Bei Stichen tritt Pulsbeschleunigung und Pupillenerweiterung ein.

Bei der Sehprüfung zunächst plumpe Täuschungsversuche, ebenso erscheint die Schwerhörigkeit nach ohrenärztlicher Untersuchung übertrieben (ein hoher Grad liegt aber durch Mittelohrkatarrh bedingt vor).

Am 23. Dezember 1899 wieder als strafvollzugfähig nach dem Zuchthaus verlegt (Mensch von abnormer psychischer Veranlagung mit gelegentlichen Erregungzuständen hystero-epileptischer Färbung).

Er verbüßte nunmehr seine Strafe bis 1903.

Nach kurzem Aufenthalte in der Freiheit erhielt er noch in demselben Jahr wegen Diebstahls 1¼ Jahr Zuchthaus. Sofort wurde er wieder geistesgestört: er schlief wenig, war meist in sich versunken, äußerte Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahnideen besonders bezüglich seines Prozesses, halluzinierte. Die Diagnose des Anstaltsarztes lautete Paranoia.

Am 17. Dezember 1903 kam er wieder in die Beobachtungsabteilung für geisteskranke Verbrecher in Br.

Orientiert, geordnet, erklärt, seit einem Jahre wieder ganz gut zu hören.

Beschwert sich, daß die Umgebung ihn beschimpfe, ihn in der Nacht zupfe, nicht schlafen lasse. Bisweilen fühle er sich im Bett festgehalten, bisweilen wieder herumgeworfen.

Die Sensationen und Halluzinationen lassen schließlich nach. Er gewinnt aber keine Krankheiteinsicht. Daneben besteht ein Schwachsinn mittleren Grades.

Am 13. Juli 1904 wird er in die Irrenabteilung am Gefängnis zu H. überführt.

Hier treten Sinnestäuschungen nicht mehr auf; er zeigt sich dauernd ruhig, leicht lenkbar und verständig. Er erscheint als ein angeboren sehr gering veranlagter Mensch mit allen Zeichen der Hysterie (kompl. Anästhesie der linken Körperhälfte, die auch Geschmack und Geruch einschließt; fleckweise Anästhesien rechts).

Er wird am 2. August 1904 in den geordneten Strafvollzug zurückversetzt.

Hier war sein Verhalten sofort ganz verändert. Der Bericht des Anstaltsarztes besagt: Er ist seit dem ersten Tage unstet, mißtrauisch und ängstlich erregt; er behauptet dauernd, unschuldig verurteilt zu sein, „das zeigt mir mein Gewissen, das rufen sie mir auch immer vom Korridor aus herein“. In der Isolierung verstärken sich allmählich Gehörs-, Gesichts- und Gefühlstäuschungen. Er hört Stimmen, die ihm Vorwürfe machen und schimpfen, sieht Leute zum Fenster hineingrinsen, fühlt, daß sein Gesicht links gant tot sei, während es auf der rechten Seite hacke und picke, als sei



eine Maschine unter dem Bett. Zur Nahrungaufnahme ist er nur zu bewegen, wenn der Aufseher mitißt, da er sich vor Vergiftung fürchtet. Rasieren läßt er sich nicht, da der Barbier gedungen sei, ihm den Hals abzuschneiden. Man habe ihm vor der Gerichtsverhandlung Haare und Bart abgeschnitten, um ihn unkenntlich zu machen, so daß die Zeugen, mit denen er konfrontiert wurde, zu falschen Aussagen veranlaßt wurden. Seit etwa 14 Tagen hat die Produktion von Wahnideen mehr und mehr nachgelassen, die eigentliche Erregung hat aber sichtlich zugenommen. Der Kranke sitzt mit ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck auf seinem Bett, zittert am ganzen Leibe und blickt sich ratlos um. Auf Fragen gibt er überhaupt keine passende Antwort mehr, höchstens stößt er 10 bis 15 mal hintereinander einen kurzen Satz hervor, wie: das kann nicht sein, oder: ja, ich weiß doch nicht u. a. Er findet auch anscheinend weder in seinem Zimmer, noch in seinem Bett, noch in seiner Kleidung zurecht. Das Hemd hat er gewöhnlich ganz verkehrt angezogen. Seit einigen Tagen fährt er oft plötzlich lächelnd nach der Uhrkette des Arztes mit den Worten: „ist das nicht meine? ja das ist meine.“ Eine körperliche Untersuchung ist unmöglich, da sich der Kranke wie ein Verzweifelter dagegen sträubt.

Diagnose: Akute halluzinatorische Verrücktheit.

Am 22. Dezember 1904 erfolgte seine dritte Aufnahme in die Irrenabteilung des Gefängnisses zu Br.

Bis zum 12. März 1905 bietet er hier ein gleichmäßiges, schweres Krankheitbild. Er liegt regunglos dauernd im Bett, ohne auf Anreden oder sonstige Reize zu reagieren, muß mit dem Löffel gefüttert werden. Besorgt sich nicht allein; wird aufs Klosett geführt; sauber.

Am 12. März spricht er plötzlich fließend und lebhaft mit der Umgebung, gibt aber dem Arzt keine Antwort. Am nächsten Tage spricht er auch mit dem Arzte und bewegt sich vollkommen frei. Auf die Frage, warum er nicht gesprochen habe, meint er: es war mir immer, wenn ich versuchte zu sprechen, als wenn die Zunge in den Hals zurückgezogen würde.

Er zeigt dann in der Folgezeit eine gewisse Geschwätzigkeit. Immer von neuem erzählt er mit vielen Worten von den Verfolgungen, denen er in den Strafanstalten ausgesetzt gewesen sei. Man habe ihm das Blut vergiftet, sein Fleisch vertrocknet, die Zunge festgehalten. Auch hier klagt er über Beschimpfungen und Drohungen seitens der Mitkranken und Aufseher, verlangt oft Medizin gegen eine Unzahl von Beschwerden, an denen er infolge der schlechten Nahrung leide.

Demnach leidet K. an einer Wahnbildung, die mit Sinnestäuschungen mannigfacher Art verbunden ist, an einer Paranoia chronica. Der ganze Verlauf der Krankheit, die zeitweise Besserungen, das zeitweise Auftreten von Stuporzuständen (Akinesen) deutet darauf hin, daß die Erkrankung sich auf degenerativer Basis entwickelt hat. Eine Heilung ist ausgeschlossen. Die Unterbringung in eine Irrenanstalt ist notwendig (22. Juni 1905).





Am 24. August kam er zum dritten Male in die Provinzialirrenanstalt R.

Hier ist er dauernd ruhig, freundlich, fleißig mit Hausarbeiten beschäftigt, stellt sich als unschuldig hin.

Am 7. April 1906 wieder als „geistig völlig genesen" entlassen.

Am 11. April stiehlt er in seiner Heimatstadt, wohin er sich begeben hatte, aus einem offenen Hausflur in der Nacht ein Fahrrad. Am 14. September in B. verhaftet, behauptet er, schon über ein Jahr nicht in seiner Vaterstadt gewesen zu sein. An dem in Betracht kommenden Tage sei er noch in der Irrenanstalt gewesen; verweigert seine Unterschrift unter das Protokoll.

19. Oktober. Er stellt mündlich den Antrag, ihn durch eine Irrenanstalt untersuchen zu lassen, ob er zurzeit zurechnungfähig ist. (Nb. Der Beamte bemerkt, daß seine Angaben ganz widersprechend und konfus sind.)

5. November. In der Hauptverhandlung gibt er ausdrücklich zu, am genannten Tage am Tatorte gewesen zu sein. Trotzdem beantragt er am 12. November die Ladung von Zeugen, die sein Alibi beweisen sollen.

19. November. In der Hauptverhandlung wird er von dem Direktor der Provinzialanstalt R. für völlig gesund erklärt.

Am 6. Dezember kam er, zu 4½ Jahren Zuchthaus verurteilt, in die Strafanstalt B.; er erschien bei der Einlieferung geistig völlig normal, kam wegen Gonorrhoe ins Lazarett. Nach Abheilung derselben sollte er als Schneider arbeiten; aber er weigerte sich, es zu tun, und geriet, zur Rede gestellt, in solche Erregung, daß er gefesselt werden mußte. Dann drohte er mit Selbstmord und stellte die Nahrungaufnahme ein. Nach einigen Tagen kam er ins Lazarett.

Hier liegt er dauernd ablehnend, stumm, den Kopf unter der Bettdecke verborgen. Das Essen muß ihm an den Mund gebracht werden; er läßt sich aufs Klosett führen, ist nicht unsauber.

Am 25. Februar 1907 kommt er zum vierten Male in die Irrenabteilung am Gefängnis zu Br.

Kommt langsam heran, den Kopf gesenkt, mit der Linken einen zusammengerollten Zipfel seines Rockes festhaltend, bleibt vor dem Stuhle stehen, setzt sich erst auf pantomimische Aufforderung, indem er wie ein Blinder das Sitzbrett abtastet. Sitzt mit gesenktem Kopf stöhnend, prustend, aufstoßend, laut exspirierend. Auf Anreden reagiert er nicht, dagegen macht er vorgemachte Bewegungen nach. Auch auf Pantomimen reagiert er.

Ab und zu schüttelt er langsam, unregelmäßig die Arme, läßt es dann, als ihm der Arzt zeigt, daß er das auch so machen könne. Diffuse Hypalgesie. Der Puls steigt deutlich an bei schmerzhaften faradischen Reizen. Sehnenreflexe lebhaft.

18. März. Liegt dauernd, Tag und Nacht in derselben Haltung, zu-



sammengekauert unter der Bettdecke; aufgerüttelt richtet er sich langsam auf; das Gesicht zeigt einen verschlafenen, benommenen Ausdruck. Auf alle Fragen und Aufforderungen reagiert er nur mit einem heiseren, kurz hervorgestoßenen „ja, ja".

Nur bei Stichen in die Nasenschleimhaut erfolgen Abwehrbewegungen.

Das Essen muß ihm zunächst mit dem Löffel in den Mund geschoben werden; später ißt er allein weiter, wenn man ihm den Löffel in die Hand gibt und zum Munde führt.

Geht allein aufs Klosett.

31. Mai. Dauernd verschlafener Gesichtsausdruck, liegt meist unter der Decke verborgen, beachtet die Umgebung nicht, richtet sich beim Rütteln auf, schaut verschlafen umher, reicht auch auf pantomimische Aufforderung zögernd die Hand, spricht nur „ja, ja", folgt keiner Bewegungsaufforderung, sträubt sich gegen jede passive Bewegung, weicht schon bei Annäherung zurück. Wird er unter heftigem Sträuben angezogen und in den Hof geführt, so steht er meist in stereotyper Haltung, den Kopf gesenkt, die Arme gebeugt und seitlich an den Rumpf gepreßt da. Plötzlich rennt er oft, besonders wenn sich ihm jemand nähert, in eine andere Ecke, um dort in derselben Haltung stehen zu bleiben.

29. Juni. Gesicht muntrer; die Stereotypien nur noch selten; ißt allein.

5. Juli. Bewegt sich ziemlich frei, hastig. Kommt Aufträgen nach, spricht aber nur „ja, ja". Bei Versuchen, die Vokale nachzusprechen, preßt er zu stark, daß nur ächzende Laute herauskommen. Beteiligt sich am Skatspiel, spielt recht gut und paßt gut auf; ein anderer muß die Karten halten, und er bezeichnet die auszuspielende Karte mit dem Finger; spricht nur „ja, ja". Wiederholte Versuche, ihm die Sprechfähigkeit zu suggerieren, bleiben ohne Erfolg.

30. Juli. Gesichtsausdruck lebhaft; er bewegt sich völlig frei. Keine Schwerhörigkeit. Er verständigt sich durch Pantomimen und schriftlich. Auf Fragen, warum er nicht spreche, wird er unruhig, zittert, schreibt „ich weiß nicht". Völlig orientiert.

9. September. Dauernd mutazistisch. Spielt eifrig Skat, hat für die verschiedenen Spiele besondere Pantomimen: bei Rot zeigt er auf sein Herz; bei Grün faßt er sich an die Nase; bei Kreuz malt er mit dem Finger ein solches auf den Tisch; bei Grand steht er auf und hebt die eine Hand hoch usw.

14. September. Spricht zum ersten Male gepreßt und heiser. Bittet, an das Oberlandesgericht schreiben zu dürfen.

21. September. Sprache jetzt laut und fließend; hört gut. Er weiß angeblich nur von seiner Verurteilung, nichts von seinem Aufenthalte im Zuchthause zu B. Seine Erinnerung fängt, wie er angibt, erst wieder mit August d. Js. an.



Warum sprechen Sie nicht? — Ich konnte die Worte nicht herausbekommen.

28. September. Ist jetzt sehr geschwätzig, beschäftigt sich dauernd mit seinem Prozesse, beteuert seine Unschuld, beantragt Wiederaufnahme des Verfahrens.

Weiterhin bietet er ein dauernd gleichmäßiges Bild. In einförmiger Geschwätzigkeit beteuert er immer wieder seine Unschuld, ist unbelehrbar; erklärt, die Strafe nicht antreten zu wollen. Dabei gerät er in zunehmende Erregung, das Gesicht rötet sich, er zittert am ganzen Körper. Er meint, die Zeugen hätten einen Meineid geschworen, man wolle ihn zugrunde richten. Bestimmte Wahnideen, Halluzinationen u. dgl. sind nicht vorhanden. Äußeres Verhalten ist geordnet.

Am 17. Dezember 1907 wird er als nicht strafvollzugfähig der Irrenanstalt überwiesen.

Dieser Fall zeigt in seiner 10 Jahre langen Beobachtungzeit eine wahre Musterkarte psychiatrischer Diagnosen.

Nach einem unsteten Leben und wiederholten Bestrafungen erkrankt er 1897 im Untersuchungsgefängnis mit angeblichen Halluzinationen, Wahnideen, motorischen Hemmungen und Stereotypien, so daß die Diagnose Melancholica cum stupore gestellt wird. In der Provinzialirrenanstalt bietet er davon fast nichts mehr, hingegen eine Reihe somatischer Erscheinungen, wie Spasmen, gesteigerte Reflexe, Intentionstremor, Abblassung der Papillen, die die Diagnose „multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks“ veranlassen. Die Störungen gehen aber schon nach einigen Monaten so weit zurück, daß er wieder ins Zuchthaus zurückverlegt werden kann. In der Irrenabteilung Br. waren nur gelegentlich Erregungen hystero-epileptischer Färbung beobachtet worden. Er verbüßte dann ohne weitere Zwischenfälle seine Strafe bis 1903. Wegen Diebstahls bald wieder verurteilt, wird er im Zuchthaus sofort wieder geisteskrank, er äußert Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahnideen und halluziniert, so daß eine Paranoia diagnostiziert wird. In der Irrenabteilung erscheint er lediglich als etwas schwach begabter Mensch mit einer psychogenen Sensibilitätsstörung, aber ohne die oben genannten psychotischen Symptome. In die Strafanstalt zurückverlegt steht er sofort wieder unter dem Einflusse massenhafter Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten und ängstlichen Wahnideen. Diagnostiziert wird „akute halluzinatorische Verrücktheit“. Wieder in die Irrenabteilung Br.



verlegt, bietet er fast 3 Monate ununterbrochen und stets gleichmäßig ein Bild schwerster motorischer Hemmung: völlige Akinese, Mutazismus, Nahrungverweigerung. Eines Tages ist dieser Zustand plötzlich beendet; er produziert dann wieder eine Reihe zum Teil phantastischer Wahnideen, halluziniert anscheinend, so daß die Diagnose einer Paranoia chronica auf degenerativer Basis gestellt wird. In der Provinzialanstalt R., wohin er nunmehr zum dritten Male kommt, ist wiederum von allem nichts mehr nachweisbar. Er ist dauernd völlig klar und geordnet und wird deshalb nach 8 Monaten als „geistig völlig genesen" entlassen. Einige Tage darauf begeht er wieder einen Diebstahl und wird verurteilt, nachdem er von dem als Sachverständigen zugezogenen Direktor der Irrenanstalt R. als völlig gesund erklärt wird. Im Zuchthause verfällt er bald nach heftiger Erregung in einen Dauerzustand vollkommener Regunglosigkeit und kommt zur Beobachtung zum vierten Male in die Irrenabteilung Br. Hier befindet er sich weiter etwa 4 Monate ununterbrochen in einem gleichmäßigen Zustande starker Hemmung (initiative und reaktive Akinese, Mutazismus, Negativismus, stereotype Haltungen). Im Laufe einiger Tage löst sich diese Hemmung bis auf die mit der sonst freien Beweglichkeit in eigentümlichem Kontrast stehende absolute Stummheit, die noch weitere drei Monate anhält. Danach ist lediglich ein leichter Grad wahrscheinlich angeborenen Schwachsinns ohne alle psychotische Elemente usw. bei ihm festzustellen. —

In allen drei Fällen handelt es sich um schwer degenerierte Verbrecher, die in der Strafhaft kurz nach Antritt der Strafe erkranken. Der erste war bis dahin geistig gesund; wenigstens sind auffallende Störungen an ihm nicht bekannt geworden; bei den anderen waren geistige Störungen schon früher aufgetreten, bei dem einen in Form von pathologischen Räuschen und von Dämmerzuständen, bei dem andern als länger dauernde, unter den verschiedensten Diagnosen einhergehende geistige Störungen. Auch in den wenigen in letzter Zeit in der Literatur bekannt gewordenen Fällen handelt es sich fast ausschließlich um Verbrecher in Straf- oder Untersuchungshaft (*Siefert*, *Löwenstein*, *Risch*), nur *Bonhöffer* hat einen hierher gehörenden Zustand nach einem schweren Schädeltrauma beobachtet.

Bemerkenswert ist auch, daß bei allen drei wiederholte, allerdings kürzere Strafverbüßungen ohne geistige Störungen vorübergegangen

waren und daß die Krankheit zu Beginn einer bereits verhängten oder sicher drohenden, längeren Freiheitstrafe einsetzte.

Der Beginn war ein auffallend rascher. In dem einen Falle war lediglich eine kurze einfache Erregung, in dem anderen ein kurzer, deliranter Verwirrtheitzustand vorausgegangen. In dem dritten Falle ging zwar einige Wochen ein Zustand voraus, in dem in der auffallendsten Weise ganz gesucht absurde Äußerungen mit völlig geordnetem und zweckmäßigem Verhalten wechselten. Aber auch hier wie in den übrigen Fällen setzte dann der katatonische Komplex plötzlich in voller Ausbildung ein. Symptomatologisch unterscheidet er sich kaum von dem akinetisch-parakinetischen Bilde einer echten Katatonie. Wir finden Akinese, Mutazismus, Negativismus, Stereotypien, Perserveration usw. Nur flexibilitus cerea konnte nie beobachtet werden, indes ist dies Phänomen ja auch bei echter Katatonie ziemlich selten. Die Kranken mußten gefüttert werden, waren zum Teil mit Kot und Urin unsauber. Das Verhalten des Körpergewichts war nicht eindeutig, in einem Falle fand Abnahme, in den anderen Zunahme während der akuten Phase statt. Die Symptome zeigten in ihrer Intensität auch eine recht große Konstanz, vielleicht sogar eine größere als man gewöhnlich bei den echten Katatonien sieht, wie überhaupt das ganze Bild einen Zug outrierter Monotonie aufwies, z. B. in keinem Falle das sonst doch recht häufige Auftreten interkurrenter hyperkinetischer oder relativ freier Phasen zeigte.

Recht auffallend war der Gesichtsausdruck in den beiden Fällen, in denen darauf geachtet wurde; er war nicht gespannt, wie es der übermäßigen Anspannung der übrigen Muskulatur entsprochen hätte, und wie man es gewöhnlich in den akinetischen und negativistischen Phasen echter Katatonien sieht, sondern schlaff, geradezu verschlafen, bzw. wie der eines Menschen in tiefer Hypnose.

Auffallend und eigenartig wie der Beginn ist auch der Abschluß des ganzen Zustandbildes. Stets vollzieht es sich in ungewöhnlich kurzer Zeit. In dem einen unserer Fälle war der Umschlag vom tiefsten Stupor zu völliger Klarheit und freier Beweglichkeit ein plötzlicher; der ganze Symptomenkomplex war bei der Überführung in eine Provinzialanstalt mit einem Schlage verschwunden. Solche Fälle werden auch von *Siefert* u. a. berichtet. In dem zweiten Falle vollzieht sich bei der Verlegung in eine andere Anstalt sofort wenigstens ein erheb-

licher Nachlaß der Symptome, um nach einigen Tagen ebenfalls ganz zu schwinden. Auch bei dem dritten geht der Übergang von der völligen Regunglosigkeit zur freien Beweglichkeit der Glieder plötzlich von statten; es bleibt aber als einziger Rest eine mit der ganzen übrigen freien Beweglichkeit und Klarheit seltsam kontrastierende Stummheit noch einige Monate. Der Fall unterscheidet sich auch hierin von den übrigen, daß der Abschluß nicht an einen Ortswechsel sich anschloß, sondern ohne erkennbare, äußere Veranlassung sich im Rahmen der gleichbleibenden Umgebung vollzog. Allerdings konnte gerade dieser Kranke aus Erfahrung wissen, daß ihm eine Verlegung in eine andere Anstalt bevorstand.

Nach dem Schwinden des katatonischen Zustandes war bei allen Kranken ihre gewöhnliche geistige Verfassung wiederhergestellt, d. h. sie zeigten das Bild gefühlsarmer, moralisch minderwertiger Degenerierter mit geringer oder stärker ausgeprägten nervösen Beschwerden. Bei keinem war in der jahrelangen Beobachtung etwa eine Zunahme der Gemütstumpfheit oder Eintreten von intellektueller Schwäche bzw. bei dem einen Verschlimmerung der leichten Imbezillität nachzuweisen. Bei allen gingen auch die zum Teil wiederholten Anfälle wenigstens bisher spurlos vorüber. Dagegen ist bemerkenswert, daß bei den beiden Fällen, bei denen die Beobachtung über viele Jahre sich hinerstreckte, eine Neigung zu Rezidiven oder zu einzelnen katatonischen Symptomen, z. B. rhythmischen Bewegungen, zurückblieb.

Aus all den bisher hervorgehobenen Einzelheiten ergibt sich auch die Differentialdiagnose gegenüber der Katatonie bzw. den katatonisch-akinetischen Phasen der Dementia praecox. Die Entwicklung auf dem Boden schwerer Degeneration evtl. das Vorhergehen anderer degenerativ-psychotischer Zustände, der plötzliche Beginn in einer affektiv stark erregenden Situation, z. B. bei drohender oder beginnender längerer Strafe oder nach einem schweren Unfall oder dergleichen mehr, der eigentümlich monotone Verlauf, die übertriebene Intensität einzelner Symptome, der verschlafene Gesichtsausdruck, das plötzliche Verschwinden des ganzen Zustandes bei Situationsänderung, das Fehlen eines sekundären Schwachsinns, dies alles sind Momente genug, die jetzt wenigstens bei längerer Beobachtung in den meisten Fällen die richtige Diagnose werden stellen lassen.



Die Abgrenzung gegenüber katatonischen Phasen anderer Geistesstörungen, z. B. der progressiven Paralyse, dürfte kaum Schwierigkeiten bereiten.

Hingegen dürfte sich die Frage erheben, ob es angängig sei, die beschriebenen Störungen von einer anderen Gruppe ebenfalls auf dem Boden der Degeneration erwachsener Störungen, der hysterischen, als degenerative im engeren Sinne des Wortes abzusondern. Der Zweifel ist um so berechtigter, als wir in zwei Fällen kaum anders als hysterisch zu deutende und als solche bekannte Symptome, Taubheit und Blindheit, fanden, in dem dritten vasomotorische Erscheinungen, die ebenfalls als solche gedeutet werden können; um so berechtigter ferner, als wir wie bei der Hysterie uns den ganzen geschilderten Symptomenkomplex nicht anders als von unbewußten Vorstellungen ausgehend, als unbewußt gewollt, gleichsam als Zuflucht in die Krankheit (*Freud*) auffassen können. Hier wie dort haben wir also einen psychogenen Entstehungsmodus, dessen Einzelheiten uns hier allerdings noch ein Rätsel sind.

Trotzdem möchte ich an der Bezeichnung dieser Gruppe als spezifisch degenerative, wenn auch vielleicht nur aus praktischen Motiven, festhalten. Sie zeigt einmal immerhin doch einige Abweichungen von dem Bilde der bekannten hysterischen Psychosen, z. B. die große Konstanz des Bildes, den geringen Einfluß suggestiver Momente, wenigstens innerhalb des Verlaufes, die scheinbare Affektlosigkeit, vor allem und hauptsächlich aber, weil bei den betroffenen Individuen in den freien Zeiten wesentlich die Erscheinungen der einfachen Minderwertigkeit, der mangelhaften Ausbildung moralischer und ethischer Gefühle im Vordergrunde stehen, sog. hysterische Stigmata ganz zurücktreten bzw. fehlen.

Bei der praktischen Bedeutung des beschriebenen Zustandes kann zum Schluß auch eine kurze Erörterung der leidigen Simulationsfrage nicht umgangen werden. Es ist ja ganz verständlich, daß bei dem ausgesprochen tendenziösen Charakter der Krankheit den ersten Beobachtern der Verdacht entstehen muß, es lediglich mit bewußt und absichtlich vorgetäuschten Gebilden zu tun zu haben. Es handelt sich ja in der Mehrzahl um alte, erfahrene Verbrecher, denen eine längere Strafhaft — meist Zuchthausstrafe — vor Augen steht, und denen die Herbeiführung der Strafunfähigkeit bzw. Einweisung in





eine Irrenanstalt mit den rel. Annehmlichkeiten des Aufenthaltes und vor allem mit der leichteren Entweichungmöglichkeit wohl ein erstrebenswertes Ziel sein muß. Auch kann für diese Individuen mit den groben Defekten des Gefühlslebens der Einwand nicht gelten, daß sie das Grauen normaler Menschen, für geisteskrank zu gelten und ständig von Geisteskranken umgeben zu sein, von längerer Simulation zurückhalten dürfte. Die Möglichkeit, daß auch ein solcher Zustand auch einmal eine Zeitlang von einem erfahrenen, womöglich früher in Irrenabteilungen interniert gewesenen Verbrecher mit vollem Bewußtsein vorgetäuscht werden kann, möchte ich daher nicht von der Hand weisen. Daß es aber einem Menschen gelingen sollte, bei der sorgfältigen Beobachtung durch ein geschultes Wartepersonal, monatelang Tag und Nacht den Betrug durchzuführen, halte ich, auch ohne die z. B. in unseren Fällen begleitenden, der Willkür entzogenen trophischen und vasomotorischen Störungen zu berücksichtigen, schlechthin für unmöglich. Nur unbewußte Vorstellungen vermögen bei der hochgradigen Bewußtseinseinengung einer Autohypnose oder verwandter Zustände eine solche Energiemenge konstant in eine Richtung zu bannen. Bei dem fließenden Übergange des vollbewußten Geisteslebens zu den halb- und unterbewußten psychischen Vorgängen ist es im einzelnen Symptomenbilde nicht möglich, eine scharfe Grenze zwischen den Abkömmlingen voll bewußter und mehr oder minder unbewußter Strebungen zu ziehen. Die Untersuchung allein kann hier nicht entscheiden; besonders das so oft hervorgehobene absichtliche Aussehen der Symptome, die gesuchten Übertreibungen u. dgl. m. beweisen an sich noch nicht die Simulation; sie weisen lediglich auf die Abhängigkeit der Erscheinungen von Laienvorstellungen über Psychose und psychotische Phänomene hin. Ob aber diese Vorstellungen und ihre motorischen Effekte von dem Bewußtseins- und Willensgefühl begleitet werden oder nicht, läßt sich nur durch längere Beobachtung unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit, meist auch nur mit Wahrscheinlichkeit, entscheiden.

---



# Die Pockenepidemie in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg.

Von

Dr. **Richter**,

Oberarzt im Feldart.-Reg. 73, kommandiert zur Anstalt.

(Hierzu Taf. I, 4 Kurven und 1 Textfigur.)

Daß körperliche Erkrankungen in Anstalten epidemisch auftreten, ist trotz der gedrängten Unterkunft vieler Menschen in wenig Räumen im allgemeinen selten gewesen.

Die Literatur erwähnt Typhusepidemien in Emmendingen, Lüneburg, Osnabrück, Alt-Scherbitz, Illenau, in der Freiburger Klinik, Gabersee, Hördt, Saargemünd, Allentsteig (Niederösterreich), ferner eine Ruhrepidemie in Aplerbeck, Bonn, Rybnik und Kierling-Gugging, in letzterer Anstalt und in Wuhlgarten drittens eine Scharlachepidemie [1]). Wenn sich hier auch die Namen vieler Anstalten häufen, so kann man doch bei der Menge der bestehenden Irrenanstalten und der auf über 20 Jahre zurückverfolgten Literatur das Auftreten von Epidemien an Anstalten als Seltenheit bezeichnen. Um so lehrreicher wird es sein, die epidemische Verbreitung einer an Anstalten bisher nicht vorgekommenen Infektionskrankheit, der Pocken, einer Betrachtung zu unterziehen.

Die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg ist im Kreise Wehlau, im Regierungsbezirk Königsberg in Ostpreußen, am linken Ufer der Alle gelegen. Der Kreis selbst weist an Pockenerkrankungen im Jahre 1887 drei Fälle [2]), in den letzten 10 Jahren einen am 15. Mai bei einem polnischen Arbeiter festgestellten und sporadisch gebliebenen

---

[1]) Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1904/1905, Nr. 40.

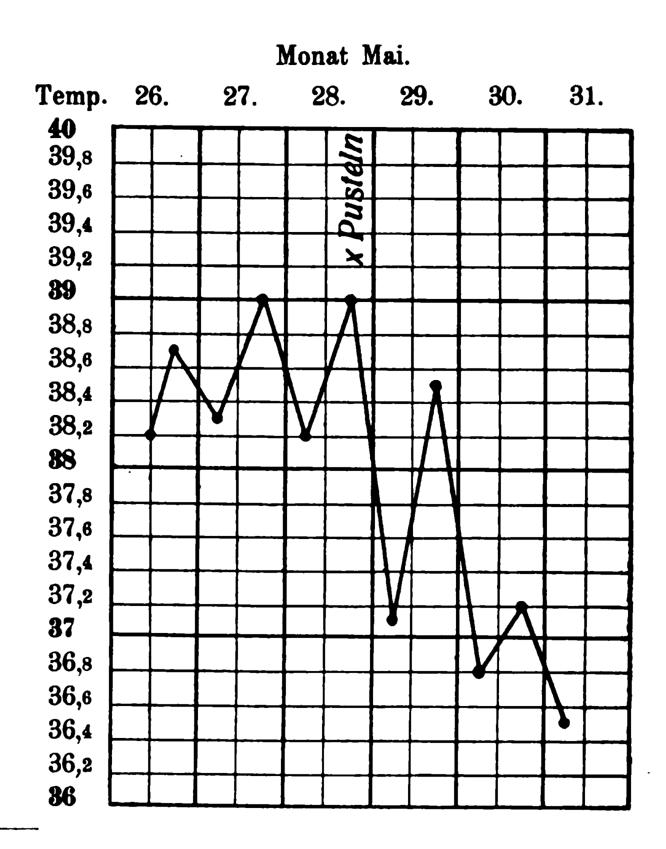
[2]) Vierter Generalbericht über das öffentliche Gesundheitswesen im Regierungsbezirk Königsberg für die Jahre 1886—1888 von Dr. *Nath*.





Pockenfall in Bonslack auf [1]). Im übrigen kamen im April und Mai 1908 in der Anstalt Allenberg selbst zwei Pockenfälle vor, wo die Krankheit nachweislich aus Memel durch Ansteckung von einem russischen Matrosen eingeschleppt wurde. Doch werden diese beiden Erkrankungen uns später noch beschäftigen.

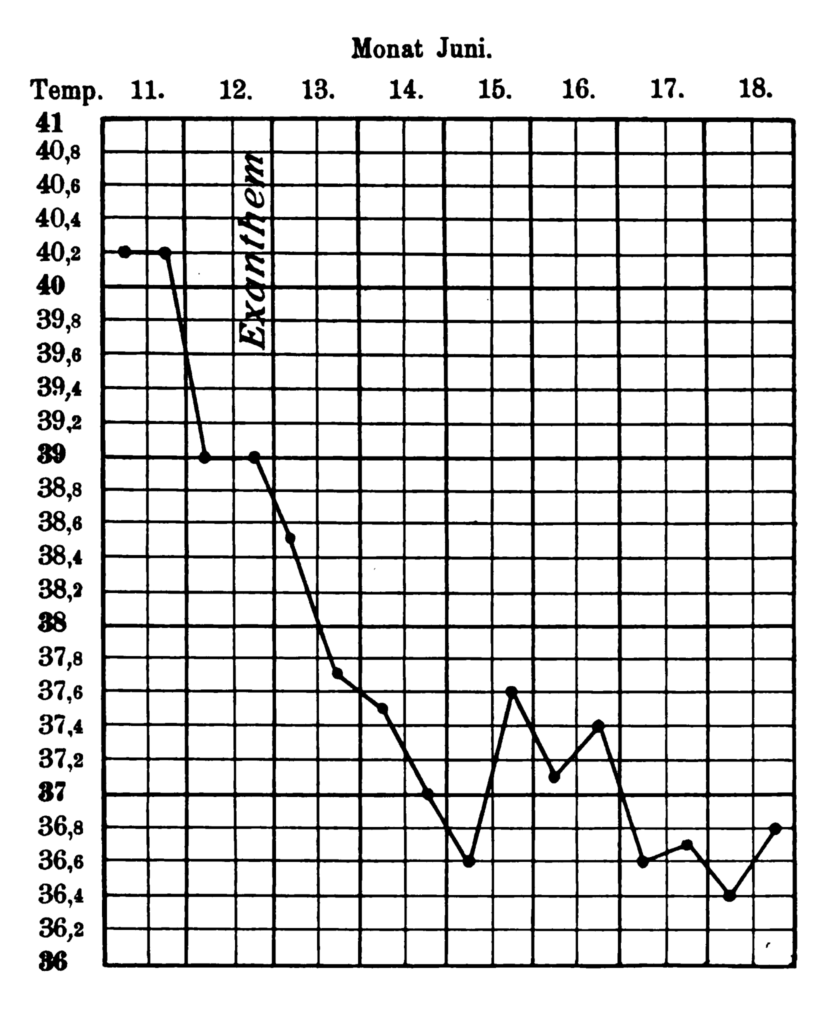
In den Monaten Mai bis August 1909 waren nun in der Anstalt vielfach fieberhafte Erkrankungen vorgekommen, deren Ursache und Art nicht erklärt werden konnte. Ein Ausschlag war bei der Mehrzahl der Krankheiten vorhanden, das Allgemeinbefinden war meistens nicht sehr gestört, oder richtiger gesagt, bei der geistigen Stumpfheit der Patienten war eine Störung des Allgemeinbefindens nicht durch Befragen nachweisbar. Ich selbst erkrankte im Mai an einer Pneumonie mit typischen Symptomen, aber atypischem Fieberverlauf und bekam im Verlauf der Krankheit einen spärlichen Ausschlag an Gesicht und Kopfhaut, Armen und Beinen.




[1]) Berichte des Kreisausschusses des Kreises Wehlau 1900—1908.



Ein Pfleger, B. II, der Anstalt gleichfalls im Juni unter pneumonischen Zeichen. Die Fieberkurve war für Pneumonie atypisch.




Im Verlauf stellte sich ein diffuser Knötchen-, später Pustelausschlag am ganzen Körper ein. Nachdem dieser Pfleger nicht mehr bettlägerig war, wurde er zur spezialistischen Untersuchung seines Hautausschlages in die Universitäts-Poliklinik nach Königsberg geschickt und daselbst bei ihm nach positiver *Wassermann*scher Reaktion „Luesrezidiv" festgestellt, zumal der Pfleger zugegeben hatte, früher einmal an dieser Krankheit gelitten und dieselbe nur mit einer ungenügenden Schmierkur behandelt zu haben. Im Juli häuften sich ähnliche Erkrankungen mit kurzem Fieber und Ausschlag, diese alle ohne Lungenerscheinungen. Über die Natur der Krankheit war man



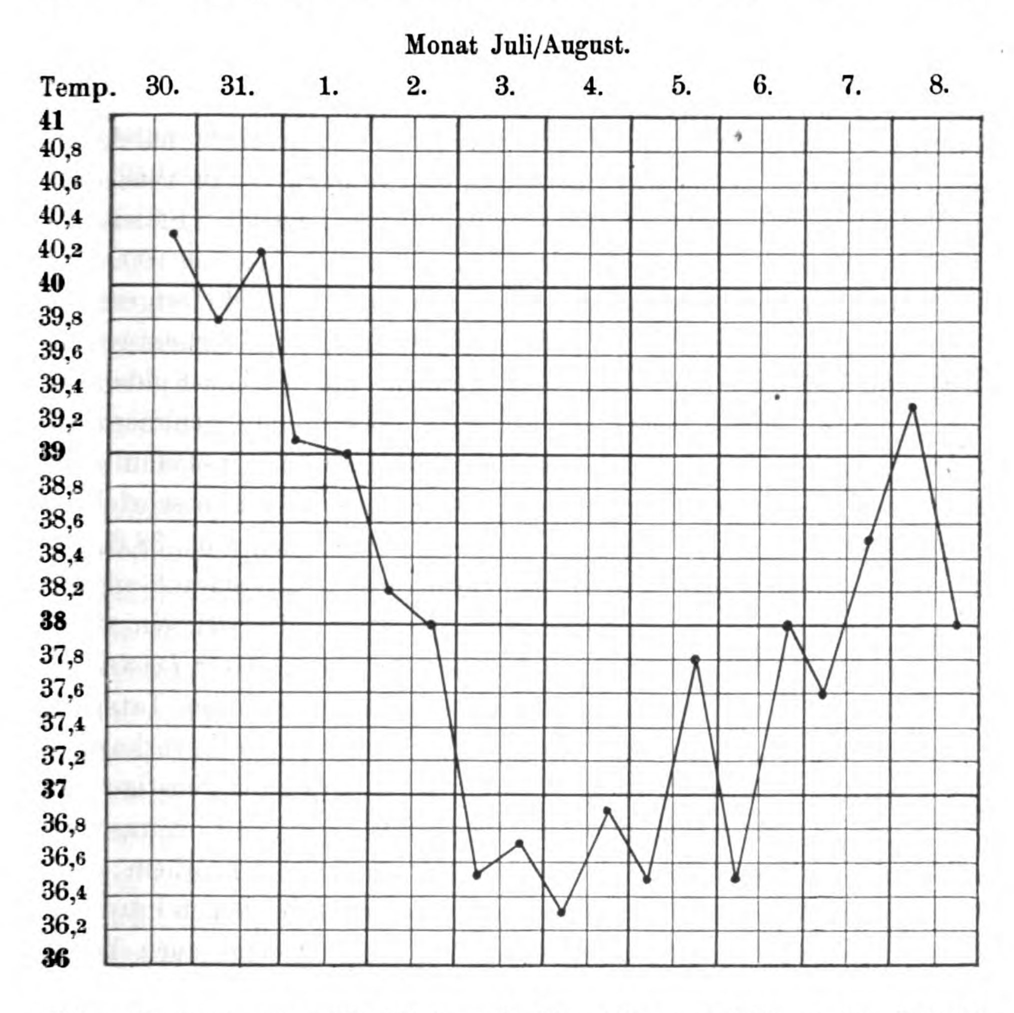


sich immer noch nicht klar, Da bei einigen Kranken Antipyretica, wie acid. acetylosalicyl dargeboten wurde, dachte man eine Zeitlang an ein Arzneiexanthem, ließ aber auch diese Annahme später fallen, da die ohne innerliche Mittel behandelten später Erkrankten denselben Ausschlag aufwiesen. Der am 17. Juni 1909 wegen Verdachts einer übertragbaren Krankheit hinzugezogene beamtete Arzt, der selbst ein durch häufige Epidemien geschulter Kenner der Pocken ist, konnte sich gleichfalls zu keiner Diagnose entschließen und sprach sich dahin aus, daß Variola nicht vorhanden wäre. Nach dem Aussehen der Effloreszenzen und dem merkwürdigen Fieberverlauf dachten wir einige Zeit auch an Erythema exsudativum multiforme, zumal Hände und Füße vom Ausschlag nicht verschont geblieben waren.

Nachdem man im weiteren Verlauf der Erkankungen einer bestimmten Diagnose sich nicht zuwenden konnte, wurde beschlossen, einen Spezialisten aus Königsberg zu Rate zu ziehen. Dieser erschien am 8. August in der Anstalt und wurde zuerst zu dem am meisten befallenen Patienten L. geführt. L. bot damals das folgende Bild: Der ganze Körper und das Gesicht waren dicht besät mit erbsengroßen roten Bläschen, von denen nur einige im Gesicht befindliche und dem Zerfall sich nähernde in der Mitte eine Delle mit einem Schorf aufwiesen. Eine primäre Delle war nicht vorhanden. Der eitrige Inhalt der Bläschen floß auf Nadelstich auf einmal aus. Die Körperwärme war remittierend zwischen 36.3 und 40.3, allerdings vielleicht durch paralytische Anfälle und ihr Nachstadium mitbedingt. In den sechs ersten Krankheitstagen sah die Fieberkurve wie nebenstehend aus.

Nach der Temperaturkurve, dem Ausschlag, wiewohl eine Delle und Kammerung der Bläschen nicht nachweisbar war, konnte und mußte man an Variola denken. Der Spezialarzt sprach auch nach Untersuchung des Falles sofort die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Variola“ aus. Nachdem der Kollege jedoch einige andere fieberhaft erkrankte Fälle mit spärlichem mattrosafarbenem Knötchenausschlag gesehen hatte, nachdem ihm einige abgelaufene Erkrankungen, die keine Narben hinterlassen hatten, gezeigt worden waren, neigte er sich der Diagnose „Varicellen“ zu und reihte in diese Diagnose auch den erst gesehenen Fall L. ein. Es waren damals im ganzen neun Erkrankungen, die uns fraglich erschienen.

Begründet wurde die Diagnose damit, daß man bei einer so schweren Erkrankung, wie sie Patient L. durchmachte, wenn man überhaupt von Variola, dann nur von Variola confluens sprechen könne, und daß, wenn es sich um diese Krankheit gehandelt hätte, auch mehr Leute erkrankt wären. Gegen Variola spreche das Fehlen der Kammerung der Bläschen, ferner der Umstand, daß damals die




Erkrankungen ausschließlich auf die Männerabteilung beschränkt waren, daß kein Pflegepersonal und keine Ärzte erkrankt seien. Bei der Diagnose käme es nicht allein auf den morbus an, sondern auch auf den genius der Verbreitung der Krankheit. Es handele sich nicht um eine Epidemie im vulgären Sinne, sondern um eine temporäre Endemie einiger weniger Stationen.



Zwei Tage darauf stellte der Kreisarzt in einem Hause des Wehlauer Wohnungbauvereins einen Todesfall an „Variola vera“ fest, nach zwei weiteren Tagen im Nebenhause —, d. h. in dem Hause, in welchem der oben erwähnte Pfleger B. II wohnte, bei dem in Königsberg „Luesrezidiv“ festgestellt worden war — zwei weitere Erkrankungen an typischer Variola. Typisch nach unserer damaligen Ansicht deswegen, weil Delle und Kammerung der Bläschen vorhanden war.

Nunmehr erschien es eben aus dem Grunde, daß man den genius der Verbreitung einer Krankheit mit zu berücksichtigen habe, als sicher, daß die zweifelhaften Erkrankungen in der Anstalt Allenberg, vielleicht noch eine Reihe von anderen früher liegenden Fällen als Variola aufzufassen seien. So wurde denn am 11. August 1909 der Ausbruch von Variola in der Anstalt Allenberg amtlich festgestellt.

Dieser eigentümliche Verlauf der Epidemie bis zur Sicherung der Diagnose hat mich veranlaßt, die Literatur auf Variola-Epidemien eingehend zu prüfen. Um zunächst auf unsere erste Fehldiagnose beim Pfleger B. II (Luesrezidiv) einzugehen, so ist ein variolaähnlicher luischer Ausschlag in einem Falle [1]) der Literatur bereits beschrieben. Es handelt sich da um ein papulöses Exanthem, Fieber bis 38.6, die Pusteln hätten sich in Krusten umgewandelt. Bald darauf an der hinteren Rachenwand grauweiße Infiltration, aus der sich ein tiefes Geschwür bildet, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen. Herr *Lewin* berichtet, daß er nur des geringen Fiebers wegen und der Tatsache wegen, daß in Berlin keine weiteren Fälle von Variola vorkamen, die Diagnose habe fallen lassen. Hierin sei er durch die günstige Beeinflussung der Krankheit durch Hg. bestärkt worden. Die bei unserem Pfleger B. II eingeleitete Schmierkur hatte auf das Exanthem insofern keinen Einfluß, als die nach Abheilen zurückgebliebenen braunen, etwas narbigen Pigmentierungen bestehen blieben und auch heute nach 150 g Ungt. Hydrarg. cin. noch deutlich zu sehen sind. Doch ist dies eine retrospektive Betrachtung, die man natürlich bei Ausbruch seiner Krankheit nicht anstellen konnte.

Das Erythema exsudativum multiforme, an das wir bei späteren Erkrankungen dachten, weist nach *Mering* [2]) gelegentlich an Händen,

[1]) Berliner dermatologische Vereinigung 3. Mai 1892 (*Lewin*).

[2]) Lehrbuch der inneren Medizin von Dr. *J. v. Mering*, Jena 1907.



Füßen, im Gesicht und auf der Mundschleimhaut pockenähnliche Effloreszenzen auf, hat aber nicht den breiten Entzündungshof um seine Pusteln. Der übrige Körper bleibt dabei fast stets frei. Es fehlt das den Pocken stets zukommende Initialstadium vor Ausbruch des Ausschlages. In unseren ersten Fällen war um die spärlichen Knötchen und Pusteln gleichfalls ein Entzündungshof nicht vorhanden; allerdings muß zugegeben werden, daß in der Mehrzahl der Fälle ein exanthemfreies initiales Fieberstadium vorhanden war, das jedoch bei dem abortiv und atypisch verlaufenden späteren Exanthem nicht als pathognomonisch mit erwogen wurde.

Was nun die zuerst gestellte Diagnose „Varicellen" anlangt, so ist die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicellen eine unbedingt schwere —: eine bei mehreren Personen in verschiedenen Stationen vorkommende fieberhafte Erkrankung mit geringem Knötchenausschlag im Gesicht, spärlicher noch am Rumpf. Per exclusionem blieb schließlich die Diagnose Varicellen übrig, da man aus oben genannten Gründen nicht an Variola denken wollte, zumal hierfür eine Eingangspforte nicht gefunden werden konnte.

Ähnlich wie in unserem Falle ist es auch bei früheren Pockenepidemien gegangen. Die von *Fürbringer* 1896 beschriebene [1]) Pockenepidemie im Krankenhaus Friedrichshain wurde auch erst nach einem exitus als solche erkannt. Von *Stadelmann* [2]) wird die Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Variola und Masern im stadium papulosum und zwischen Variola und Varicellen im stadium vesiculosum bestätigt. — Wenn man auch die Verpflichtung hat, bei Kindern an Varicellen, bei Erwachsenen an Variola zu denken, so ist doch die Erklärung des Ausbruchs einer Variola-Epidemie von so viel kostspieligen und für Kranke und Angehörige der Kranken höchst unbequemen Folgeschritten begleitet, andererseits das Übersehen einer Epidemie so gefährdend, daß die Lehren, die aus einer Epidemie gezogen werden, Gemeingut werden müssen. Und diese gehen dahin, daß weder die Delle, noch der fächerige Bau bei der Variolaeffloreszenz

---

[1]) Die jüngsten Pockenfälle im Krankenhaus Friedrichshain von *P. Fürbringer* (Deutsche medizinische Wochenschr. 1896, Nr. 1 u. 2).

[2]) Pockenrezidiv oder Varicellen und Variola, von *E. Stadelmann* (Deutsche mediz. Wochenschr. 1896, Nr. 12).



vorhanden zu sein brauchen, und daß das Fehlen dieser beiden die aus anderen Gründen gestellte Diagnose nicht erschüttern darf.

Die Diagnose Variola ist, gleichviel welcher Art der Ausschlag ist, zu stellen bei einer mit Kreuz- und Kopfschmerzen und Erbrechen einsetzenden fieberhaften Erkrankung, wenn das Fieber und die Allgemeinbeschwerden am 3.—4. Tage aufhören und statt dessen ein Exanthem auftritt. In Epidemiezeiten ist jede fieberhafte Erkrankung als verdächtig zu beobachten.

Typisch für das Variolaexanthem bei Geimpften in Ländern, welche ein Impfgesetz haben, ist nicht die Art des Ausschlags, sondern das schubweise Auftreten nach Gefäßprovinzen, so daß im Gesicht schon Pusteln sein können, während der Rumpf noch Knötchen zeigt und die Beine noch gar nicht befallen sind. Ein reiner Knötchenausschlag kommt bei Varicellen im allgemeinen nicht vor; jedoch ist *Langerhans* [1]) der Ansicht, daß bei Varicellen sich kleinere Knötchen, welche zuweilen auch Dellen erkennen lassen, entwickeln. In allen zweifelhaften Fällen ist weitgehendste, möglichst schnelle Impfung angezeigt.

Bei Varicellen von Erwachsenen sollte gleichfalls Anzeigepflicht bestehen. Gerade für diese letztere Ansicht spricht sich der damalige Kreisphysikus in Merseburg, Dr. *Dietrich* [2]), auch aus, um der öffentlichen Gesundheitspflege am schnellsten zu nützen.

Als Differentialdiagnostikum zwischen Variola und Varicellen wird von *Salmon* [3]) eine mit Erfolg benutzte Impfung der Kaninchen-Cornea angegeben. *S.* will bei Pocken die charakteristischen Veränderungen schon 24—28 Stunden nachher wahrgenommen haben.

Jedoch stehe ich den Impfungen bei Kaninchen sehr skeptisch gegenüber, da unsere Impfungen, die von verschiedenen Herren in technisch richtiger Weise vorgenommen wurden, sämtlich ergebnislos waren.

Über den gleichfalls fächerigen Bau der Wasserpocke möchte ich noch kurz die Beschreibung *Unnas* [4]) anführen: „Die Wasserpocke

[1]) *Langerhans*, Grundriß der pathologischen Anatomie. Berlin 1902.

[2]) Deutsche mediz. Wochenschr. 1897, Nr. 29 (*Dietrich*-Merseburg).

[3]) *Salmon, Paul,* Diagnostic expérimental de la variole et de la vaccine. Compt. rend. soc. biol. I, LVIII p. 262.

[4]) *Unna*, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin, Hirschwald, 1894, p. 634.



ist mithin ebenfalls fächerig gebaut wie die Pocke, aber der Vereinigungspunkt der Septen liegt hier nicht in der Mitte der Pockenbasis, sondern an der Pockendecke."

Die Art des Entstehens der Epidemie zu erforschen, das heißt sämtliche Erkrankungen auf eine erste, eingeschleppte, zurückzuführen, ist sowohl klinisch wie sanitätspolizeilich von größter Wichtigkeit. Bei dieser Epidemie lag es nahe, dieselbe auf die zwei Pockenfälle des Jahres 1908, die oben bereits erwähnt sind, zurückzuführen. Doch ist dafür keinerlei Anhalt gefunden worden, weil zur Aufstellung eines sogenannten Pockenstammbaums vom vorigen zu diesem Jahre Zwischenerkrankungen an Pocken fehlen, trotzdem damals nicht die ganze Anstalt, sondern nur einige Stationen geimpft waren. Die einzige Annahme für einen Zusammenhang wäre vielleicht, daß in nicht desinfizierten Kleidungstücken oder Effekten, die direkt oder indirekt mit einem der beiden Kranken des Jahres 1908 in Berührung gekommen waren, irgendwie Ansteckungstoff vorhanden war, und dieser durch zufälliges Aufrütteln die Epidemie ins Leben gesetzt hätte. Die Ansicht, daß sich in Kleidern das Virus wirksam erhalten kann, vertritt *Münter* [1]), der aus diesem Grunde die mit Einsetzen des Winters immer wiederkehrenden Pocken in Shangaï erklärt.

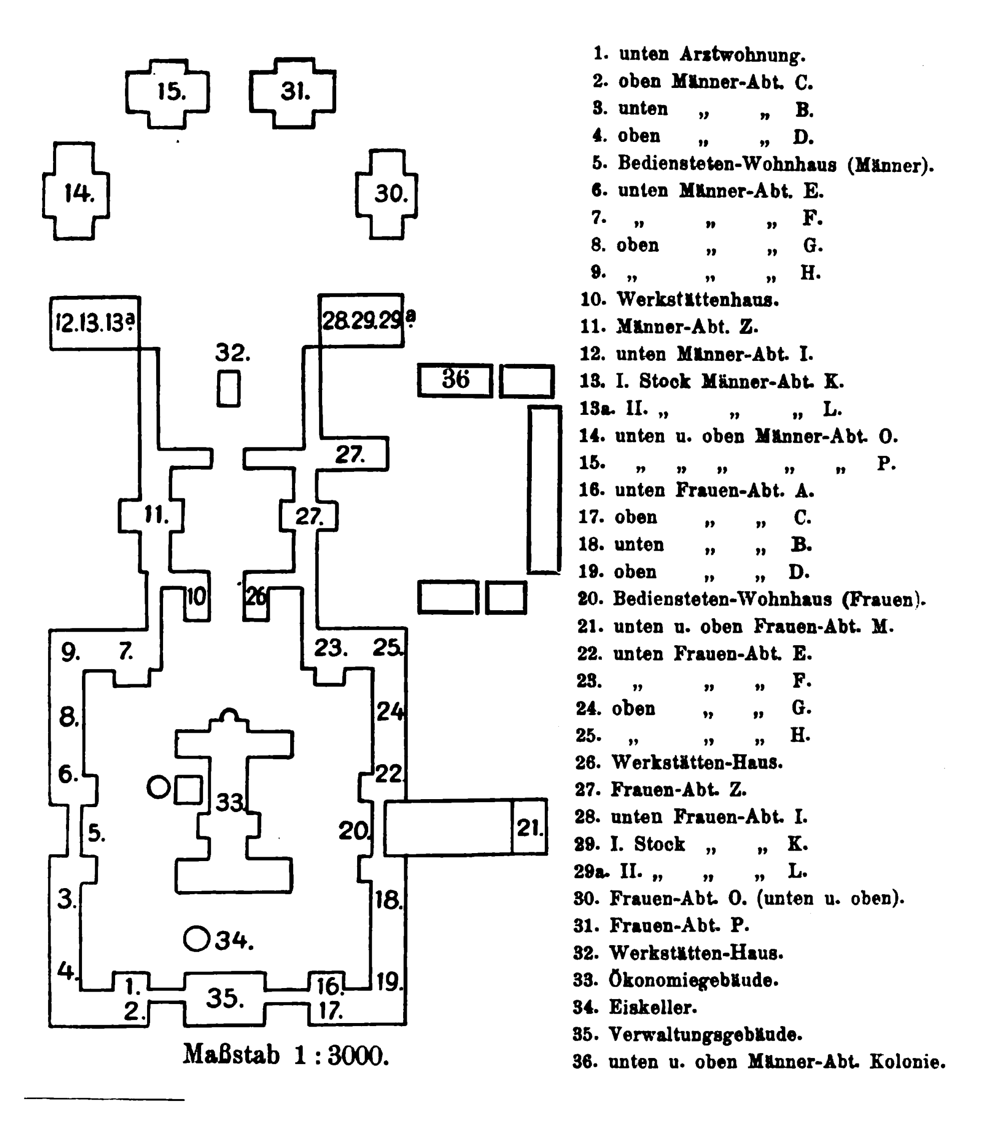
Der in beiliegendem Pockenstammbaum der Männerabteilung als erster Fall angegebene Fall P. am 14. Mai wurde durch einen Magistratsdiener aus Memel von der Irrenanstalt Neu-Ruppin nach hiesiger Anstalt transportiert. Aus den amtlichen Meldungen im Ministerialblatt geht hervor, daß dort keine Pocken geherrscht haben. In Memel, wo so viel russische Matrosen und russische Zivilbevölkerung ist, kann wohl schon sehr leicht einmal ein Pockenfall, vielleicht ein bei einem geimpften Individuum abortiv verlaufener, übersehen und nicht zur Meldung gebracht sein, so daß immerhin die Möglichkeit vorliegt, daß Patient P. durch seinen Transporteur oder mitgebrachte Effekten infiziert ist.

Eine beispielsweise Durchsicht der im Verlauf vom 15. April 1908 bis 10. April 1909 in Deutschland gemeldeten Pockenfälle im Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten ergibt ein Verhältnis der erwiesenen Ansteckungsquelle zu nicht er-

[1]) Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1905, *Münter*, Über Pocken in Ostasien.

wiesenen wie ungefähr 3 : 2. Beweis genug dafür, wie schwer oft eine solche Ansteckungsquelle positiv zu ermitteln ist.

Der Pockenstammbaum (Tafel I)[1]) und die an der Hand desselben zu besprechende Kasuistik wird verständlicher, wenn man die hygienischen Verhältnisse der Anstalt vorher einer kurzen Betrachtung unterzieht.




Maßstab 1 : 3000.

---

[1]) Das Muster für den Stammbaum, welches die Verbreitung der Krankheit sehr anschaulich wiedergibt, habe ich der Arbeit von Professor *Springfeld* über die Pockenepidemie in Bochum im Jahre 1904 (Klin. Jahrbuch, XIII. Bd. 1905) entnommen.

Männer- und Frauen-Abteilung sind vollkommen symmetrisch gebaut. Im ersten Block befinden sich unten die Stationen A und B, diesen entsprechend oben C und D; im zweiten Block unten E und F, oben G und H; dann kommt die Abteilung der unruhigen Kranken Z; es folgt das Siechenhaus mit unten: Station J, eine Treppe hoch: Station K, zwei Treppen hoch: Station L. Im Anschluß daran befinden sich die beiden offenen Häuser O und P. Die Frauenabteilung hat noch Station M, zwischen dem ersten und zweiten Block gelegen, die Männerabteilung: Station Kolonie, außerhalb des Kreises der eigentlichen Anstalt befindlich.

Die Wohnungsverhältnisse sind ziemlich eng, es kommen für die Schlafzimmer durchschnittlich 18—22 cbm Luftraum auf den Kranken, in den offenen Häusern, wo die Kranken den größten Teil des Tages im Freien oder in geräumigen Tagesräumen zubringen, etwas weniger, auf der Tuberkulosestation (einem Saal von Station J) etwas mehr. Für die Tagesräume der Stationen, in denen sich nicht bettlägerige Kranke befinden, kommen 3,5—5,5 qm Fläche durchschnittlich auf den Kranken.

Das Wasser kommt aus zwei Tiefbrunnen von 60 m und 48 m Tiefe durch Gasmotoren in Enteisnungsanlagen mit verschiedenen Kohlen- und Sandfiltern und wird in ein im Wasserturm befindliches Reservoir alsdann hinaufgepumpt, um von dort durch ein Leitungsystem die Anstalt zu versehen.

Die Fäces gelangen durch Röhren in ausgemauerte, im Souterrain der einzelnen Stationen befindliche, luftdicht abgeschlossene Eisenbehälter. Von dort werden sie mittels einer Luftpumpe entfernt und auf die Felder gebracht, Abwässer und Oberflächenwässer werden in gesondertem Kanalisationsystem der Alle zugeführt; jedoch vereinigen sich beide Systeme kurz vor Abfluß in die Alle.

Nahrungmittel, insbesondere Kohlehydrate, Milch, Butter u. a. werden der hiesigen Landwirtschaft, die einen Komplex von 400 Morgen umfaßt, entnommen, die übrigen Lebensmittel von außerhalb geliefert.

Die Wäsche wird in der Waschküche der Anstalt teils von Angestellten der Anstalt, teils von Kranken, die unter Aufsicht arbeiten, besorgt.

Der Verkehr der Kranken ist ein ziemlich enger, teils bedingt durch häufig notwendige Verlegungen von einer Station nach der anderen, teils bedingt durch das Zusammenkommen Kranker verschiedener Stationen bei der Arbeit auf dem Felde oder in den Werkstätten.

Der monatliche Zugang auf der Männerabteilung betrug in der fraglichen Zeit etwa 20 im Monat, auf der Frauenabteilung weniger.

Der Abgang entsprach dem Zugang. Eine durch Zugänge in der fraglichen Zeit erfolgte Einschleppung der Pocken konnte nicht festgestellt werden.

Bei der Aufstellung des Stammbaumes ist eine Inkubationsdauer von 12—14 Tagen zugrunde gelegt. Die größeren zeitlichen Abstände

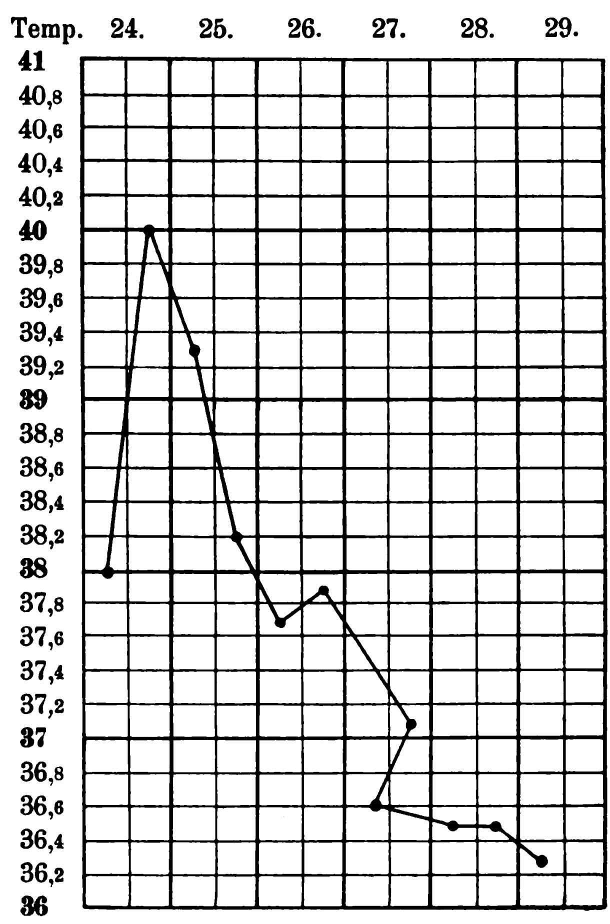
zwischen einzelnen Erkrankungen rühren daher, daß ja die Ansteckungfähigkeit des Pockenfalles bis zum Abfallen der Schuppen bestehen bleibt.

Der erste Fall, P. auf Station G, erkrankte am 14. Mai mit einigen erbsengroßen Eiterbläschen ohne Delle und Kammerung im Gesicht und auf der Brust. Störung des Allgemeinbefindens war nicht nachweisbar. Fieber bestand am Tage der Eruption der Bläschen, d. h. an dem Tage, an welchem die Krankheit bemerkt wurde, nicht. Vorher war die Körperwärme nicht gemessen worden.

Am 20. Mai waren die Pusteln abgeheilt. Retrospektiv betrachtet müssen von dieser Erkrankung drei weitere ausgegangen sein:

1. meine eigene, oben beschriebene Erkrankung,

2. Pfleger P. erkrankt am 24. Mai 1909 mit Gliederschmerzen, Kreuzschmerzen, Temperatur 38,0° Celsius. Ausschlag nicht beobachtet. Kurve wie folgt:






Nach 6 Tagen tat P. wieder Dienst.

3. Patient Gl., von derselben Station wie Patient P., erkrankt am 30. Mai mit Kreuzschmerzen und Fieber; nach 6 Tagen Bläschen im Gesicht, Kopf, Gaumen, Uvula. Die Effloreszenzen haben einen roten Hof. Keine Dellenbildung, Am Tage darauf Abfall der Körperwärme. Am 25. Juni Abheilen des Exanthems mit geringer oberflächlicher Narbenbildung.

Von Pfleger P. ist wohl voraussichtlich Pfleger B. II, dessen Krankheitverlauf oben geschildert ist, gelegentlich der Außenarbeiten infiziert. Pfleger B II hat wieder seine Frau infiziert, welche am 25. Juni 1909 an Variola erkrankte. Ferner sind auf ihn die abortiv verlaufenen Krankheiten zurückzuführen:

1. (Pi.; 30. Juni, geringes Fieber, objektiv nihil, Ausschlag nicht vorhanden.)

2. Hö.; 28. Juni, Temperatur 39,4°. Am 29. Juni Temperatur 36,1°; geringer Ausschlag an Gesicht und Körper. Im weiteren Verlauf kein Fieber. Geringe Narbenbildung wird nachträglich festgestellt.

3. Gen.; 1. Juli. Papulöses Exanthem an Gesicht, Arm, Brust, Abdomen, linkem Schenkel; kein Fieber; nach 8 Tagen Heilung. Mitte August wird geringe Narbenbildung bemerkt.

Von den von Patient Gl. ausgegangenen Infektionen verliefen die der Kranken Schke. und Be., am 14. Juli und 15. Juli schwerer.

Bei Schke. war die Fieberkurve völlig atypisch, jedoch der ganze Körper, Gesicht, Hohlhand, Uvula mit Bläschen befallen. Keine Dellenbildung. An Gesicht und Körper konfluierten die Eiterbläschen. Es bestand beiderseitige Conjunctivitis, starkes Ödem der Gesichthaut. Die Temperatur war in den ersten 14 Tagen subfebril; eigentliches Suppurationsfieber bestand trotz des ausgedehnten Exanthems nicht. In den ersten Tagen war das Allgemeinbefinden durch Kreuzschmerzen gestört. Nach Abheilung Restieren von Narben (27. August).

Fall Be. verlief ähnlich wie der vorige. Fieberkurve gleichfalls atypisch. Ausschlag nicht so ausgedehnt wie bei Schke. Im Anfang gleichfalls Kreuzschmerzen. Heilung ohne Narbenbildung.

Die nächste Erkrankung war die des Patienten Sz. 22. Juli auf Station J. — Sz. bot dasselbe Bild der retrospektiv festgestellten „Variola confluens“ wie Schke., nur daß hier die Fieberkurve mit Ausbruch des Exanthems einen typischen Abfall aufwies, um bei Beginn des Suppurationsstadiums erneut zu steigen. Auch hier wurde nachträglich Narbenbildung festgestellt.

Der schwerste Fall der ganzen Epidemie war nun der vorher beschriebene des Patienten L., zu dem der Königsberger Spezialist als Consiliarius hinzugezogen wurde.

Patient L. starb 24 Tage nach der Erkrankung, nachdem der Ausschlag schon größtenteils in Abheilung begriffen war, an Erysipel.





Von diesen beiden schweren Erkrankungen sind nun fast alle folgenden auf der Männerabteilung ausgegangen. Jedoch verliefen die von diesen beiden schweren Erkrankungen ausgegangenen alle leicht und mehr unter dem Bilde der Varioloïs, welche ja immerhin auch zur Variola zu rechnen ist. Wirklich schwer war der Fall Ki., 31. Juli, und zwei in dem Stammbaum nicht verzeichnete Fälle, von denen der eine sich voraussichtlich in der Waschküche, der andere in der Schneiderstube infiziert hat, zumal feststeht, daß Beinkleider vom Patient P. am 14. Mai in die Schneiderstube gekommen sind. (Patient Tau., 1. August und To., 5. August 1909). Bei einem Kranken (Ks.), der wegen Fiebers als verdächtig isoliert wurde, muß angenommen werden, daß seine fieberhafte Erkrankung zuerst anderer Natur war, und daß er sich erst auf der Isolierstation selbst infiziert hat.

Durch die Waschküche ist voraussichtlich auch die Krankheit von der Männerabteilung nach der Frauenabteilung verschleppt worden.

Bis zur Erkenntnis und amtlichen Feststellung der Epidemie kamen natürlich sämtliche infizierte Wäschestücke dorthin, um von dem aus gesunden und geistig kranken Männern und Frauen bestehenden Personal behandelt zu werden.

Merkwürdig bleibt nur, daß von den in der Waschküche beschäftigten Angestellten der Anstalt kein einziger erkrankt ist.

Für die Erkrankungen der Frauenabteilung läßt sich ein bestimmter Stammbaum nicht aufstellen. Es muß angenommen werden, daß sämtliche Erkrankungen direkt oder indirekt auf die Waschküche zurückzuführen sind. Von den 18 Erkrankungen der Frauen, deren Beginn zwischen dem 13. und 21. August 1909 lag, verliefen alle leicht, unter dem Bilde der Varioloïs. Ein besonderes klinisches Interesse wurde bei keiner geboten. Die Tatsache, daß am 21. August 1909 noch eine Variolaerkrankung vorkam, trotzdem bereits am 12. August 1909 geimpft wurde, läßt sich daraus erklären, daß der eigentliche Beginn, das Initialstadium, 3 Tage zurückgerechnet werden, also auf den 18. August 1909 verlegt werden muß. Bei einer Inkubationsdauer nun von 10—13 Tagen hat der variolöse Infekt bereits vor der Impfung stattgefunden, konnte also noch auf keinen Impfschutz treffen. Zugegeben muß werden, daß die Späterkrankungen der Epidemie besonders leicht verliefen, was wohl auf den Kampf der Vaccine mit den Krankheiterregern im Körper der erkrankten Individuen zurückzuführen ist.



Beachtenswert sind noch die früheren Impfverhältnisse der erkrankten Personen. Von der Männerabteilung haben von den erkrankten Personen sich einer dreimaligen Impfung unterzogen, d. h. sind außer den beiden gesetzlichen Impfungen als Kind, später als Soldat noch einmal geimpft: 11. Bei den übrigen 26 konnte teils nicht festgestellt werden, ob sie Soldat gewesen sind, teils wurde mit Sicherheit erwiesen, daß sie nicht gedient haben. Von den beim Militär geimpften 11 Erkrankungen sind 5 im Alter zwischen 26 und 30 Jahren, das heißt, der Impfschutz hat bei diesen geringere Zeit als 10 Jahre vorgehalten. Impfnarben früherer Impfungen wiesen bis auf einen sämtliche Erkrankten auf. Auf der Frauenabteilung wiesen gleichfalls alle Erkrankten Narben früherer Impfungen auf. Ein Einfluß der Pocken auf die Menstruation, wie er von *Voigt* [1]) beschrieben ist, konnte bei den erkrankten Frauen nicht festgestellt werden. In keinem Falle wurde nach Auftreten des Pockenausschlags das Erscheinen der Menses schneller herbeigeführt.

Die Therapie beschränkte sich auf symptomatische Behandlung. Im Stadium der Pustelbildung wurde der Körper der Kranken in Tücher gehüllt, die mit einer 3 % Borsäurelösung getränkt waren, im Stadium der Abschuppung mit einer von *Friedheim*, Leipzig, angegebenen Salbe — Bismuth. subnitr., zinc. oxydat aa. 1,0, ungt. lenient. 20,0, adip. benzoïn. ad 60,0; M. f. u. — mit gutem Erfolge behandelt. An Todesfällen sind während der Epidemie innerhalb der Anstalt nur der an Erysipel gestorbene Patient L. vorgekommen.

Zu erwähnen wäre noch, daß das psychische Verhalten der an Pocken Erkrankten sowie der anderen Kranken während der ganzen Epidemie so ruhig wie selten war, so daß mit Dauerbädern ganz ausgesetzt werden konnte. Es war, als ob sich die Kranken dessen bewußt gewesen wären, daß sie bei der allgemein vermehrten Arbeit nicht auch noch durch unruhiges Verhalten Mühe machen dürften.

Zwei interessante Nebenbefunde während der Epidemie möchte ich noch beschreiben. Der eine betrifft die außerhalb der Anstalt im Hause Wohnungbauverein Wehlau erkrankte Frau S., über die zu berichten mir der behandelnde Kollege gütigst gestattet hat.

---

[1]) *Voigt, Leonhard,* Über den Einfluß der Pockenkrankheit auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Foetus. Volk. Smlg. N. F. Nr. 112. (Virch. Jahresbericht 1894, II., S. 31.)





Frau S. erkrankte in den ersten Tagen des August an Variola confluens. Etwa am 20. August 1909 soll sich bei ihr eine Lähmung der linken oberen Extremität eingestellt haben, die mir Mitte September folgendermaßen imponierte: Supination und Dorsalflexion der linken Hand war unmöglich, der Daumen konnte nicht abduziert, die übrigen Finger im Grundgelenk nicht gestreckt werden. Die Hand hing schlaff herab. Die grobe Kraft war vollständig erloschen, die Sensibilität erhalten. Es handelt sich also um das typische Bild einer Radialislähmung. Lähmungen des Unter- oder Oberarms konnte ich nicht mehr nachweisen, sollen aber vorausgegangen sein. In der ganzen Extremität war die grobe Kraft herabgesetzt. Bis heute hat die Radialislähmung jeder Therapie (erst Ruhigstellung, Bäder, Massage, dann Elektrisieren) getrotzt.

Der objektive Befund hat sich wesentlich verschlechtert. Die Sensibilität im Hautgebiet des N. radialis ist für Unterscheidungen und für Schmerzempfindlichkeit gänzlich erloschen. Der linke Arm ist schwächer als bei meiner ersten Untersuchung, die Muskulatur des Armes stark atrophisch. Auch besteht eine Parese der ganzen rechten oberen Extremität. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit ergibt im Bereich des Handradialis und der von ihm versorgten Muskeln partielle Entartungsreaktion, so daß immerhin die Prognose auf dubiös und noch nicht auf infaust zu stellen ist. —

Lähmungen nach Variola sind in der Literatur bereits beschrieben, so Sprachstörungen [1]), und zwar paralytische, die *Combemale* in Parallele mit den bei Diphtheritis vorkommenden Lähmungen stellt und auf eine direkt von den an den betreffenden Stellen lokalisierten Pockenpusteln ausgehende Giftwirkung bezieht, und ataktische von nicht vorübergehender Natur, die eine zentrale Ursache haben sollen. Desgleichen sind beschrieben Paraplegien des Rückenmarks nach Variola [2]). Beide Fälle kamen zum Exitus. Die Untersuchung des Rückenmarks ergab: Poliomyelitis anterior durch das ganze Mark, im Lendenmark am stärksten entwickelt mit geringerer Affektion der weißen Substanz.

Eine solche peripherische Lähmung wie bei Frau S. ist meines Wissens in der Literatur noch nicht beschrieben worden.

---

[1]) *Combemale, F.*, Contribution à l'étude des troubles paralytiques et ataxiques de la parole consécutife à la variole; leur fréquence, leur pathogénie. Archives générales de méd. Juin p. 641 (Virchow-Hirsch Jahresberichte 1892, II. S. 53).

[2]) *Spiller, William G.*, A report of two cases of paraplegia occuring in variola, one being a case of anterior poliomyelitis in an adult. Brain Vol. XXVI, p. 424.



Erklären kann man sich dieselbe nur durch eine ähnlich wie bei Diphtheritis von den Krankheitserregern selbst ausgehende Giftwirkung auf das Nervensystem.

Eine zweite Erscheinung, die mir während der Epidemie auffiel, war das Auftreten von Petechien. Bei irgendwelchem körperlichen Unbehagen unserer Kranken wurden diese natürlich während der Epidemie auf Hauterscheinungen besonders genau untersucht und in zweifelhaften Fällen als Beobachtungskranke abgesondert. Ich bemerkte bei dieser Gelegenheit bei einem Teil der Kranken stecknadelkopfgroße Blutknötchen (Petechien), deren Inhalt aus einer mit Serum gemischten blutigen Flüssigkeit bestand. Auch ist mir bei zwei Kranken im Beginn ihrer Erkrankung aufgefallen, daß die Zahl der vorhandenen Petechien zunahm. Es waren nun folgende Möglichkeiten vorhanden; erstens konnten die Petechien ein zufälliger Nebenbefund sein, wogegen jedoch die Beobachtung der beiden Variolakranken sprach, zweitens können sie infolge der Vaccinewirkung, drittens infolge der Variolainfektion entstanden sein. Mit der sog. Purpura variolosa, wo das Blut in bereits vorhandene Eiterpusteln dringt, hatten sie nichts gemeinsam, ebenso wenig wie mit den von *Meinert* [1]) beschriebenen purpuraähnlichen hämorrhagischen Prodromalexanthemen, die nach 2—3 Tagen verschwanden, während die von mir beobachteten Petechien heute noch sichtbar sind.

*Jürgensen* spricht gleichfalls in seinem Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie von hämorrhagischen Initialexanthemen, von kleinen Blutergüssen in die oberen Schichten der Cutis, die langsam verschwinden sollen; ferner werden solche petechiale Ausschlagformen als Initialexanthem bei geimpft gewesenen Kranken von *Wolffberg* [2]) erwähnt.

Da unsere Kranken zur Zeit der Beobachtung der Petechien schon alle geimpft waren, die Unterscheidung, ob Variola- oder Vaccinewirkung also erschwert war, habe ich mir die Rekruten eines Kavallerieregiments mit gütiger Erlaubnis des Regimentsarztes vor und nach der Impfung angesehen. Genaue Beobachtungen habe ich bei 80 Re-

[1]) Bericht über die Militär-Pockenstation zu Leipzig im Jahre 1871. Inaug.-Diss. von *A. W. Z. Meinert.*

[2]) Berliner kliniscche Wochenschr. 1885, *Wolffberg*, Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn, 15. Dezember 1884.





kruten gemacht, von denen 20 vor der Impfung Petechien hatten. Von diesen 20 Rekruten hatten nach der Impfung 3 neue Petechien; die alten Petechien waren unverändert geblieben. Außerdem hatten von den 80 Rekruten 9, die vor der Impfung keine Petechien hatten, nach der Impfung ein oder mehrere Blutpunkte auf der Haut des Rumpfes.

Aus dieser Statistik lassen sich natürlich keine Schlüsse ziehen. Immerhin ist die Möglichkeit vorhanden, daß die Petechien Vaccinewirkung sind. Beweisend wäre nur die jahrelange Beobachtung eines Impfarztes.

Vaccinale Hauterscheinungen sind als hyperämisches Fleckenerythem von *Hebra*[1]), *Behrend*[2]) und im Ministerialblatt[3]) beschrieben.

Zum Schluß wären noch die Vorsichtsmaßregeln zur Bekämpfung der Seuche zu erwähnen. Vom amtlich erklärten Ausbruch der Epidemie an befand sich die Anstalt mit sämtlichen Angehörigen in Quarantäne. Nur der Postbote durfte Briefschaften an eine bestimmte Stelle außerhalb der Anstalt bringen und von dort wieder abholen. Der Briefverkehr wurde möglichst eingeschränkt, konnte aber nicht ganz verboten werden. Kranke wurden aus der Anstalt nicht entlassen, ebensowenig in die Anstalt aufgenommen. Die Sperre wurde am 22. September 1909 aufgehoben, die Quarantäne für die Angestellten nach Desinfektion der ganzen Anstalt etwas früher. Sämtliche Pockenkranke, -verdächtige, und Beobachtungskranke wurden in gesonderten Räumen isoliert. Die Desinfektion wurde nach sanitätspolizeilicher Anweisung gemäß der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pocken in folgender Weise durch Desinfektoren aus Königsberg ausgeführt: Die Räume mit Formalingas, Wände und Fußboden mit Sublimat, Kleidungstücke, Decken, Matratzen im Dampfapparat (*Budenberg*scher Desinfektor). Die Desinfektion der Anstalt mit allen Nebenräumen dauerte etwa 14 Tage.

---

[1]) *Hebra* und *Kaposi*, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Aufl., Erlangen 1872, 1. Bd. S. 51.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. 1881, Nr. 46, über vakzinale Hauteruptionen von Dr. *Gustav Behrend.*

[3]) Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten 1907, S. 345.



## Literatur (soweit noch nicht angeführt).

*Gerhardt*, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

*Nothnagel*, Spezielle Pathologie und Therapie. Wien 1896. 4 Bd. 2 Hälfte: *Jürgensen*, Akute Exantheme.

*Jürgensen*, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1902.

Münchener med. Wochenschr. 1906, Nr. 19 (*Ebstein*).

*Orth*, Pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin, Hirschwald, 1909.

Klinisches Jahrbuch, XIII. Bd. 1905: Die Pockenepidemie in Bochum im Jahre 1904 von Dr. *Springfeld*.

Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. 6. Bd. IV. medizinischer Teil: A. Seuchen. Berlin 1886.

---

## Berichtigung.

In der Temperaturkurve auf S. 406 sind die Punkte, welche die Temperatur vom 27. Mai wiedergeben, falsch verbunden. Die Punkte selbst sind richtig.





# Blutuntersuchungen bei Dementia praecox [1]).

Von

Dr. med. **Heilemann,**

Abteilungsarzt an der Provinzinal-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau (Dir. San.-R. Dr. Cl. Neißer).

Untersuchungen des Blutes von Geisteskranken, speziell von an Dementia praecox leidenden, sind schon mehrfach gemacht und auch allerhand Abweichungen von der Norm konstatiert worden. Für heute will ich mich auf morphologische Veränderungen beschränken und die serologischen Untersuchungen beiseite lassen, die ja in letzter Zeit wieder viel Interesse in Anspruch genommen haben.

Was die Literatur des Gegenstandes angeht, so haben *Bruce* und *Peebles* eine Hyperleukozytose festgestellt; *Dide* und *Chénais* fanden Eosinophilie des Blutes.

*Sandri* sah leichte Zunahme der absoluten Zahl der Leukozyten und bei Katatonikern eine erhebliche Vermehrung der Mononukleären.

Nach *Lundvall* besteht bei Dementia praecox im allgemeinen keine Verminderung der roten und keine Vermehrung der weißen Blutkörperchen. „Dagegen", fährt er fort, „machen diese Patienten periodisch wiederkehrende Blutkrisen durch, die sich in Hypoglobulie und Hyperleukozytose zeigen. Diese Blutkrisen dürfen als Zeichen einer Toxinanhäufung im Blute aufgefaßt werden. Sobald sie eine gewisse Intensität erreicht haben, folgen ihnen Reizerscheinungen auf psychischem Gebiete."

*Kuhn* fand bei 10 Katatonikern niedere Zahl der Polynukleären, hohe der Lymphozyten und Eosinophilie. In 2 Fällen nähert sich das Blutbild mit eintretender Besserung des psychischen Verhaltens dem normalen, besonders im letzten Falle, wo, parallel der weitgehenden Remission, fast Heilung, die Polynukleären von 43,2% auf 75,2% steigen, während die Eosinophilen auf 0 sinken.

*Purdum* und *Wells* sahen bei je 25 Katatonikern und Hebephrenen eine Zunahme des Prozentsatzes an Mononukleären und Eosinophilen bei niedrigem Anteil der Neutrophilen. Aus ihren Zahlen, von ihnen nicht weiter berücksichtigt, geht außerdem hervor, daß der Anteil der Lymphozyten mehr oder minder erheblich gesteigert war.

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte in Breslau am 4. XII. 1909.



Auch die letzgenannten Autoren sehen in der Blutbildveränderung ein Anzeichen von Toxämie.

Alle diese Autoren kommen in ihren Schlüssen nicht über ein „wahrscheinlich" hinaus, und *Kraepelin* urteilt ebenfalls, daß die bis jetzt erhaltenen Befunde unsicher und vieldeutig sind.

Ich selbst habe mich seit zwei Jahren mit Blutuntersuchungen, speziell bei Dementia praecox, beschäftigt und verfüge über rund 150 Fälle, die großenteils mehrfach untersucht worden sind und aus der Bunzlauer Anstalt stammen. Um mich bei meinen Befunden nicht durch vorgefaßte Meinungen beeinflussen zu lassen, habe ich außer bei den älteren Anstaltsinsassen die entsprechende Untersuchung bei jeder mir zugewiesenen Neuaufnahme am Tage der Aufnahme oder am folgenden vorgenommen, ohne Rücksicht auf Anamnese und Diagnose.

Ich ging so vor, daß ich einen Blutstropfen meist aus dem Ohrläppchen entnahm, ausstrich und nach Fixierung in Methylalkohol mit Haematoxylin-Eosin oder mit Giemsa-Lösung färbte. Um die Verdauungsleukozytose zu umgehen, wurden die Blutproben vormittags zwischen 9 und 10 Uhr entnommen. Außerdem entnahm ich nur von solchen Patienten, die körperlich gesund erschienen, und gebrauchte bei weiblichen die Vorsicht, die Zeit während und kurz nach der Menstruation zu vermeiden.

Die absolute Zahl weißer Blutkörperchen im cbmm fand sich in vielen Fällen etwas, aber nicht erheblich gesteigert, ein Befund, der an sich nicht viel besagt. Heute möchte ich jedoch auf das prozentuale Verhältnis der einzelnen Formen weißer Blutzellen zueinander näher eingehen.

Die Einteilung für den vorliegenden Zweck ist folgende:

1. Lymphozyten. Kleine (etwa so groß wie ein Erythrozyt), runde Zellen mit großem, das Innere fast vollkommen ausfüllendem Kerne, um den nur eine dünne Plasmaschicht — wie die Schale um eine Apfelsine — herumliegt. An manchen ist die Plasmamasse auch vergrößert (große Lymphozyten). In den Tabellen sind beide Formen zusammengerechnet.

2. Große mononukleäre Zellen. Sie sind bis dreimal so groß, wie die oben genannten und haben einen plumpen, rundlichen bis hufeisenförmigen Kern, der die Kernfarbe schwach annimmt.

3. Polynukleäre oder neutrophile mit gelapptem oder in Einzelteile zerfallenem Kerne und reichlichem Protoplasma, die Leukozyten im engeren Sinne. Und

4. Eosinophile, die den Neutrophilen ähneln, deren Protoplasma aber dicht mit groben, den saueren Farbstoff begierig aufnehmenden Körnchen erfüllt ist.

Als normale Prozentzahlen gelten für die Lymphozyten 20—25%. Die Polynukleären, die die Hauptmenge im normalen Blute ausmachen, betragen nach *Ehrlich* 65—70%, nach *Stöhr* (Lehrbuch der Histologie) 77%, im allgemeinen findet man rund 70% angegeben. Den Rest bilden die anderen Zellformen, die jeweils 2—4% betragen mögen.

Ich habe nun, wie gesagt, im gefärbten Ausstrich die einzelnen Formen der erwähnten Einteilung nach gezählt und ihr gegenseitiges Verhältnis berechnet. Dabei habe ich nur Präparate verwertet, in denen die Gesamtsumme der gezählten Zellen mindestens 1000, meist mehr, betrug, und glaube damit den wahren Verhältnissen nahekommende Zahlen erhalten zu haben.

Tabelle I.

| | Lymphozyten % | Mononukleäre % | Polynukleäre % | Eosinophile % |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 32,00 | 9,77 | 51,55 | 6,66 |
| 2. | 29,39 | 8,35 | 58,21 | 4,04 |
| 3. | 33,69 | 4,64 | 56,01 | 5,31 |
| 4. | 35,51 | 8,73 | 50,79 | 4,96 |
| 5. | 38,54 | 4,58 | 52,06 | 4,58 |
| 6. | 30,77 | 8,77 | 56,76 | 3,69 |
| 7. | 32,96 | 5,98 | 58,27 | 3,47 |
| 8. | 30,27 | 5,90 | 57,02 | 6,81 |
| 9. | 28,74 | 6,92 | 57,18 | 7,16 |
| 10. | 33,90 | 5,84 | 54,69 | 5,56 |
| 11. | 32,04 | 8,93 | 52,83 | 6,20 |
| 12. | 41,18 | 8,87 | 47,32 | 2,63 |
| 13. | 32,20 | 5,08 | 56,77 | 5,93 |
| 14. | 37,98 | 8,07 | 50,17 | 3,77 |
| 15. | 32,81 | 6,36 | 54,54 | 6,38 |
| 16. | 35,44 | 6,31 | 53,79 | 4,46 |
| 17. | 30,91 | 8,56 | 54,22 | 6,31 |
| 18. | 35,40 | 6,75 | 53,63 | 4,22 |
| 19. | 34,46 | 4,24 | 54,15 | 7,14 |
| 20. | 28,98 | 9,96 | 57,05 | 4,01 |
| 21. | 32,67 | 6,01 | 57,30 | 4,37 |
| 22. | 26,96 | 6,55 | 58,28 | 8,19 |
| 23. | 35,38 | 10,77 | 47,69 | 6,15 |
| 24. | 42,15 | 9,50 | 44,63 | 3,72 |

Beim Vergleich der Zahlen dieser Tabelle mit den Normalzahlen fällt zunächst die Abnahme der Polynukleären auf. Deren Zahl erreicht nirgends die Norm, sondern bleibt in allen Fällen und oft recht erheblich darunter, in einigen Fällen sogar unter der Hälfte. Diese Abnahme geschieht zugunsten aller anderen Zellformen. Einmal nehmen die Lymphozyten stark an Zahl zu; aber auch Mononukleäre und Eosinophile beteiligen sich an dieser Zunahme und erreichen in manchen Fällen das Doppelte ihrer Norm.

Als Gegenbeispiel gebe ich die entsprechenden Zahlen, von anderen Formen der Seelenstörung stammend

Tabelle II.

| | Lymphozyten | Mononukleäre | Polynukleäre | Eosinophile |
|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % |
| 1. | 21,19 | 3,28 | 72,24 | 3,28 |
| 2. | 22,48 | 2,68 | 71,88 | 2,94 |
| 3. | 25,80 | 3,48 | 67,87 | 2,84 |
| 4. | 20,70 | 3,17 | 73,13 | 2,98 |
| 5. | 23,21 | 4,42 | 71,27 | 1,10 |
| 6. | 21,90 | 4,09 | 72,68 | 1,32 |

Und zwar stammen 1—4 von manisch-depressiven Patienten, 5 von einem hysterischen Dämmerzustande und 6 von einer Epileptika, die vor der Aufnahme einen schweren Erregungszustand durchgemacht haben soll, in der Anstalt aber außer einmal zwei Anfällen nichts Psychotisches bot. Sie ist jetzt, ebenso wie die anderen, schon längere Zeit entlassen.

Die Zahlen der zweiten Tabelle kann man ohne weiteres als dem normalen Blutbild gleich ansehen. Ich wiederhole, daß die entsprechenden Blutproben gleich nach der Aufnahme entnommen worden sind.

Alter und Geschlecht haben auf die Veränderung des Blutbildes keinen Einfluß, Tabelle I bezieht sich je zur Hälfte auf männliche und weibliche Individuen.

Ob bei verschiedenen Formen der Seelenstörung, also hebephrenem, katatonem und paranoidem Typus, weitergehende Unterschiede bestehen, darüber bin ich noch nicht in der Lage, etwas auszusagen; nur so viel möchte ich andeuten, daß die hohen Zahlen für Eosinophile



sich im allgemeinen bei den Kranken fanden, bei denen die katatonen Symptome das klinische Bild beherrschten. Über einen Fall so weit gehender Besserung, wie der von *Kuhn*, verfüge ich nicht, habe aber auch den Eindruck gewonnen, daß mit den Schwankungen in der Intensität der Krankheit Änderungen im Blutbilde zusammengehen.

Was nun die Beurteilung der Befunde betrifft, so kann ich im allgemeinen die früheren Angaben bestätigen und eine Änderung im Blutbilde als bestehend annehmen. Und zwar halte ich diese Änderung sichergestellt für die Dementia praecox, also eine destruierende Psychose, während sie bei anderen Psychosen nach meinen bisherigen Erfahrungen vermißt wird. Daß diese Veränderung als ein Indikator für eine Änderung im Körperchemismus angesehen werden darf, ist ein naheliegender Schluß. Somatische Krankheiten, die das Blutbild in einer oder der anderen Richtung ähnlich beeinflussen, zum Vergleiche heranzuziehen, würde bei der großen Wesensverschiedenheit der Affektionen zu keinem Ziele führen. Andererseits die Hypothese eines im Blute kreisenden Toxines, auf die die Autoren zurückkommen, würde ja auch diese Änderung erklären. Für die Wertung des Symptoms und die Rolle, die es im Gesamtbilde des Krankheitsprozesses spielen mag, darüber ist damit natürlich nichts gesagt und kann auch noch nichts gesagt werden. Aber wir haben für die vorliegenden Blutbilder auch ein physiologisches Analogon, und dies ist interessanterweise das Blut des jungen Kindes. Daß bei diesem die Lymphozyten an Zahl erheblich vermehrt sind, sagt jedes Lehrbuch; und ferner hat *Benjamin* gefunden, daß das Blut des gesunden Säuglings bis 14% Mononukleäre und 7% Eosinophile enthält. Ob freilich diese Analogie nichts weiter ist, als eine äußere Ähnlichkeit, oder ob ihr tiefere Ursachen zugrunde liegen, das ist eine Frage, über deren Beantwortung höchstens Vermutungen aufgestellt werden können, um so mehr, als die gefundene Übereinstimmung sich ja nur auf einen Teil der geformten Elemente bezieht und die übrigen Komponenten des Gesamtblutes außer acht gelassen sind.

Zweck dieser Ausführungen ist, zur Nachprüfung der Befunde und zu Untersuchungen auf breiterer Basis anzuregen, da bei der großen Verschiedenheit der Einzelfälle nur Massenuntersuchungen Klarheit schaffen können.

---



## Literatur.

*Dide, M.*, und *Chénais, L.*: Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce. Ann. méd.-psychol. 16, 404.

*Bruce* und *Peebles*: Quantitative and qualitative Leucocyt count in various Forms of Mental Disease. Journ. of Mental Science L. July 409.

*Sandri*: La formola emo-leucocytaria nella demenza precoce. Riv. di Patolog. nerv. e mentale X. 10.

*Schultz*: Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes etc. Gekr. Preisarbeit Göttingen 1906.

*Lundvall*: Blodundersökningar pa sinnesjuka. Hygiea 1907. Nr. 11, 1142.

*Kuhn*: Toxaemia of Insanity. Journ. Am. Med. Ass. L. No. 15, 1188.

*Purdum und Wells*: Dementia praecox. Journ. Am. Med. Ass. LI. No. 1, 34.

*Benjamin*: Naturforschervers. 1908.

# Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nukleinsäure-Injektionen[1]).

Von

Prof. Dr. **Julius Donath,**

Oberarzt der Nervenabteilung des St. Stephan-Spitals in Budapest.

Vor einigen Jahren habe ich meine Methode bekannt gemacht [2]), die progressive Paralyse mittels subkutaner Salzinfusionen zu behandeln. Zu den Infusionen können die von mir den Blutsalzen möglichst nachgebildete „künstliche Blutsalzlösung" oder physiologische Kochsalzlösung dienen. Ich ging dabei von der Annahme aus, daß bei dieser Krankheit giftige Stoffwechselprodukte eine hervorragende Rolle spielen, und eine Reihe von Erscheinungen — ich nenne nur die epileptiformen Anfälle — direkt durch sie bedingt ist. Ich konnte dort von sehr günstigen Resultaten Mitteilung machen, welche zu meiner Genugtuung auch von hervorragender Seite bestätigt wurden. So äußert sich *Obersteiner* [3]): „Einen Fortschritt in der so trostlosen Frage der Behandlung der Paralytiker scheinen die Kochsalzinfusionen zu bilden, wie sie auch von *Donath* besonders empfohlen wurden . . . . . Auch in anscheinend sehr vorgeschrittenen Fällen, namentlich bei Individuen, die durch schwere Anfälle stark heruntergekommen sind, kann ich aus eigener Erfahrung die Koch-

---

[1]) Auszugweise vorgetragen auf dem XVI. internationalen medizinischen Kongreß zu Budapest.

[2]) *Donath*, Die Behandlung der progressiven Paralyse, sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 1903; ferner Deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr. 6).

[3]) *H. Obersteiner*, Die progressive allgemeine Paralyse. II. Aufl. A. Hölder. Wien und Leipzig 1908, S. 183—184.

salzeingießungen nur bestens empfehlen." Ich kann hinzufügen, daß mir Kollegen aus Nah und Fern Ähnliches berichtet haben.

Es schien mir aber wünschenswert, nicht bloß eine mechanische Ausschwemmung dieser toxischen Stoffwechselprodukte anzustreben, wozu jedesmal 500—1000 ccm der Salzlösung verwendet werden mußten, sondern durch tunlichste Oxydation derselben eine ausgiebigere Wirkung zu erzielen. Die psychiatrischen Beobachtungen, daß bei Paralysen zufällige Eiterungprozesse und Fieberbewegungen mitunter bedeutende Remissionen und wesentliche Besserungen, ja Heilungen im Gefolge haben können, sind bekannt. Wurden ja zu diesem Behuf durch reizende Salben, Moxen, Haarseile und subkutane Terpentinölinjektionen künstliche Eiterungen hervorgerufen und aufrechterhalten. Das Wesentliche hierbei ist aber die Hyperthermie und Hyperleukozytose und die damit einhergehende Steigerung der Oxydation und des Stoffwechsels; eine Eiterung ist dazu gerade nicht notwendig. Zu diesem Zweck schien mir ein geeignetes Mittel das Natrium nucleinicum. Es ist das Verdienst von *Mikulicz*[1]), die praktische Anwendung der Nukleinsäure in der Chirurgie angebahnt zu haben, der auf Tierexperimente sich stützend vor den auszuführenden Laparatomien Nukleinsäure-Injektionen machte, um durch die hervorgerufene Hyperleukozytose die Resistenz des Perioneums gegen Infektionen zu vermehren. Bei dieser Gelegenheit darf auch erwähnt werden, daß *Stern*[2]) Nukleinsäure-Injektionen auch bei Syphilis wirksam fand und dieser Autor überhaupt geneigt ist, die günstigen Wirkungen des Quecksilbers der Leukozytose zuzuschreiben, welche er nach Einspritzungen von Quecksilberpräparaten beobachtet hat.

In den Beginn meiner Versuche mit Natr. nuclein. fiel die Veröffentlichung der günstigen Ergebnisse, welche *Pilcz*[3]) nach dem Vorschlage *v. Wagners* auf dessen Klinik durch Injektionen von Kochschem Alt-Tuberkulin erzielt hat. Es werden jeden zweiten Tag

---

[1]) *v. Mikulicz,* Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen. Arch. f. klin. Chir. 73. Bd. (1905).

[2]) *C. Stern,* Über die Beeinflussung syphilitischer Erscheinungen durch Nukleinhyperleukozytose. Med. Klinik 1907 Nr. 32.

[3]) *A. Pilcz,* Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Wiener med. Wochenschr. 1907 Nr. 30.



von 0.01 bis 0.3—0.5 steigende Dosen injiziert, wobei durchschnittlich eine Temperatur von 38.5 erreicht wird.

Die Nukleinsäure ist bekanntlich ein Spaltungprodukt des in den Zellkernen vorkommenden, hochkomplizierten Nukleoproteids (Nukleins), welches beim Behandeln mit verdünntem Alkali in seine nächsten Spaltungprodukte: Nukleinsäure und Eiweiß, zerfällt. Ich habe die aus der Hefe, als der zugänglichsten Quelle dargestellte Nukleinsäure verwendet, deren Natriumsalz bei trockener Aufbewahrung nicht zersetzlich ist. Die wässerige Lösung kann aufgekocht und dadurch steril und haltbar gemacht werden, doch empfiehlt es sich, nicht mehr Lösung zu bereiten, als für 1 oder höchstens 2 Tage ausreicht, da nach dem Öffnen der Flasche am 3. Tage unter Opaleszenz und Pilzbildung Zersetzung eintritt. Behufs Bereitung der Lösung genügt es jedoch, dem frisch aufgekochten und abgekühlten destillierten Wasser die entsprechende Menge Natrium nucleinicum und Chlornatrium (je 2%) zuzusetzen. Das Hinzufügen von Chlornatrium fand ich zweckmäßig, die Lösung zu beschleunigen, welche noch durch Zerrühren mit dem Glasstab gefördert wird. Die Lösung erfolgt wenngleich langsam in der Kälte, so doch vollständig.

Zumeist benutzte ich *Merck*sches, zuweilen auch *Boehringer*sches Natrium nucleinicum.

Stärkere als 2 bis 3 proz. Lösungen schienen mir zu stark zu reizen. Die Formel also lautet:

Rp. Natrii nucleinic.
Natrii chlorati aa 2.0
Solve in Aqu. destill. sterilis 100.0
S. auf 1—2 mal subkutan zu injizieren.

Die Injektion wird unter den üblichen aseptischen Kautelen vorgenommen, wozu aber das Einlegen der am besten 50 ccm fassenden Spritze in 5 proz. Karbolwasser, das Auskochen der Kanüle und die sorgfältige Reinigung der Haut (in der Brust-, Hypochondrium- oder Rückengegend) vollständig genügen. Ich erwähne dies besonders, weil ich Gewicht darauf lege, daß auch der praktische Arzt diese Prozedur bei den Initialerkrankungen der Paralyse in häuslicher Behandlung ausführen kann. Selbstverständlich kann diese Behandlung, wenn es sonst der Zustand des Kranken gestattet, auch im offenen Sanatorium erfolgen. Bei empfindlichen Patienten kann vor dem



Einstich die betreffende Hautstelle mittels Äthylchlorid anästhesiert werden. Die Einstichstelle wird schließlich mit etwas Jodoformgaze und Zinkpflaster bedeckt. Der Kranke beobachtet während der Temperatursteigerung und Hyperleukozytose Bettruhe.

Durch den chemischen Reiz der Nukleinsäure kommt es zu einer örtlichen (chemotaktischen) und dann zu einer allgemeinen Hyperleukozytose und Temperatursteigerung. Stets wurde unmittelbar vor der Injektion eine Zählung der weißen Blutkörperchen vorgenommen — immer vor dem Mittagmahl — und jeden Tag fortgesetzt, bis die Normalzahl wieder erreicht wurde, was gewöhnlich nach 3—5 Tagen der Fall war. Die Leukozytenzahl kann auf 61 000, die Temperatur auf 40.5° C. steigen; durchschnittlich beträgt erstere 23 000, letztere 38.5°. Die zweistündig (gewöhnlich von 6 Uhr morgens bis 10 Uhr nachts) vorgenommenen Temperaturmessungen zeigten, daß das Maximum nach etwa 4—10, durchschnittlich nach 6 Stunden erreicht wird. In einem Falle wurde es nach 36 Stunden beobachtet. Die Temperatur kehrt am 2. bis 5. Tage, durchschnittlich am 3. Tage nach der Injektion zur Norm zurück. Nur wo es zu Abszedierungen kam, konnte ein 7 bis 14tägiges Fieber beobachtet werden. In der Regel besteht ein Parallelismus zwischen Hyperthermie und Leukozytose, der oft sogar ein strenger ist. Selten findet sich starke Leukozytose bei nur geringer Temperatursteigerung; so war bei einem Kranken (Beob. V: F. V.), um nur die geringste und die höchste Temperatursteigerung hervorzuheben, durchgängig bei geringer Hyperthermie bedeutende Leukozytose: 36,9° und 16 600 Leukozyten, 37.8° und 36 000 Leukozyten; bei einem andern (Beob. XVI: I. Me.) 37.4° und 15 000, 38.7° und 23 200; bei einem dritten (Beob. XXI: I. Ö.) 37.2° und 23 000, 37.8° und 17 400 Leukozyten.

Es scheint mir zweckmäßig, diese nicht-infektiöse Temperatursteigerung in nicht präjudizierender Weise als „Hyperthermie" zu bezeichnen, im Gegensatz zur Fiebertemperatur, welche in der hergebrachten klinischen Bedeutung immer als infektiösen Ursprungs gedacht wird.

Nur bei den ersten tastenden Versuchen habe ich intravenöse Injektionen (1—6 ccm) angewendet, die ich aber, als zu wenig ausgiebig, sehr bald gegen die subkutanen Injektionen zu 50 bis 100 ccm verlassen habe.



Was den Zeitabstand der einzelnen Injektionen anlangt, so erfolgte die nächste erst nach dem Normalwerden der Temperatur und immer abwechselnd auf der einen und der anderen Körperseite, um unterdessen die lokalen Reizerscheinungen abklingen zu lassen, zu welchem Behufe kalte Umschläge angewendet werden können. Man vermeide, in noch erythematöse Stellen zu injizieren, weil es dadurch zur Abszeßbildung kommen kann. Diese bringt wohl dem Kranken keinen Schaden, weil es sich um ursprünglich sterilen Eiter handelt und ja ehemals so etwas direkt angestrebt wurde; doch bedarf es dessen bei diesem Heilverfahren nicht, wo das Hauptgewicht auf die Hyperthermie und die Hyperleukozytose gelegt wird. Selbstverständlich wird ein solcher Abszeß, um eine Weiterverbreitung hintanzuhalten, möglichst früh geöffnet und mit sorgfältiger Reinlichkeit nach chirurgischen Regeln behandelt. Erst nach Heilung des Abszesses kann mit den Einspritzungen fortgefahren werden. In der ersten Zeit, wo ich die Injektionen in kürzeren Zwischenräumen hintereinander machte, kam es in zwei Fällen zu phlegmonösen Entzündungen, die auf kalte Umschläge wichen, und in 5 Fällen zu Abszessen, die eröffnet werden mußten; später, als die Injektionen in 5- bis 7tägigen Intervallen erfolgten, kam dies nicht mehr vor. Nach einer solchen Abszedierung kam es in einem Falle zur Verlötung der Haut mit der Unterlage. Es wurden 3 bis 18, durchschnittlich 8 Injektionen gemacht und dabei 3 bis 15 g, durchschnittlich 8 g Natr. nuclein. verbraucht. Zuweilen wird eine Angewöhnung an das Mittel wahrgenommen, welche sich in den folgenden Injektionen durch eine abnehmende Wirkung auf Temperatur- und Leukozytensteigerung äußert. In diesem Falle kann man 100 ccm 2,5—3 % Natr. nuclein. injizieren.

Der Nukleinsäurebehandlung möchte ich bei der Paralyse deshalb den Vorzug vor dem Tuberkulin geben, weil letzteres, ein viel heftigeres, spezifisches Bakteriengift, eine schlummernde Tuberkulose anfachen kann, während die Nukleinsäure eine wohl definierte chemische Verbindung ist, welche exakt dosiert werden kann und keine bedenklichen Wirkungen hervorruft. Spricht doch *Pilcz* [1]) selbst den Wunsch aus, daß das Tuberculinum Kochii durch ein analoges therapeutisches

[1]) *A. Pilcz*, Lehrb. d. sp. Psychiatrie. II. Aufl. Leipzig und Wien 1909, S. 135.



Agens, welches sicher und ungefährlich zu handhaben wäre, etwa ein Streptokokkenprodukt, ersetzt werden möge.

Was das Verhältnis der Nukleinsäure-Injektionen zur Quecksilbertherapie anlangt, so halte ich aufrecht, was ich vor sechs Jahren gelegentlich der Salzinfusionstherapie gesagt habe: „Sind Anhaltpunkte für Syphilis vorhanden, sei es, daß Syphilis sicher oder höchstwahrscheinlich vorausgegangen ist und gar nicht oder ungenügend behandelt wurde, bzw. eine neuerliche Behandlung angezeigt ist, dann wird man nicht zögern, mit einer Quecksilberkur zu beginnen [1])“. Selbstverständlich gilt dies um so mehr bei manifesten Erscheinungen der Syphilis oder überhaupt vor nicht zu langer Zeit erfolgter Infektion, ebenso wie man bei dekrepiden und marantischen Individuen von einer Quecksilberbehandlung absehen wird. Ferner kommen, gleich wie bei den Salzinfusionen, in erster Linie die Anfangstadien der Paralyse in Betracht, und man wird damit nicht Kranke in ultimis stadiis retten wollen; deshalb wird sich besonders für den Hausarzt und den Nervenarzt, welche diese Kranken gewöhnlich zuerst beobachten, Gelegenheit geben, diese Therapie zur Ausführung zu bringen. Auch *Pilcz* will aus diesem Grunde die Tuberkulintherapie zunächst in die Hände des praktischen Arztes legen. Endlich will auch die Paralyse, wie jede andere chronische Krankheit, von Zeit zu Zeit behandelt werden bzw. müssen die Nukleinsäure-Injektionen wiederholt werden. Wenn ich schon damals die Ansicht aussprach, daß wir im Besitze der Quecksilber- und Infusionstherapie nicht mehr mit verschränkten Armen den Anfangstadien dieser furchtbaren Krankheit gegenüberzustehen brauchen, so glaube ich, gilt dies um so mehr, seitdem wir über die pyretische Therapie mittels Tuberkulin und Nukleinsäure verfügen. Besonders verdient das nukleinsaure Natrium herangezogen zu werden, wenn Quecksilberkuren reichlich vorangegangen sind und von solchen wenig mehr zu erwarten ist. Fälle, wo nach vergeblichen Quecksilberkuren das nukleinsaure Natrium überraschende Besserungen erzielt hat, oder solche, wo — soweit die Anamnese erhoben werden konnte — überhaupt kein Quecksilber angewendet wurde, trotzdem Lues vorausgegangen war, finden sich unter meinen Krankengeschichten.

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych., 1903, S. 602—603.

Hier noch ein Wort bezüglich der *Wassermann*schen **Reaktion** bei Paralyse. Der sehr hohe Prozentsatz von positiver *Wassermann*scher Reaktion bei Paralyse, welche manche Autoren (*Wassermann*, *Lesser* u. a.) auf 100% angeben [1]), wird nicht verfehlen, eine neue Hochflut der Quecksilberbehandlung über die Paralytiker zu bringen. Ganz abgesehen davon, daß diese Reaktion erwiesenermaßen keine spezifische, d. h. ausschließlich der Lues zukommende ist und eigentlich nur eine stattgefundene Infektion, nicht aber mit Sicherheit eine noch bestehende virulente Syphilis anzeigt, kann sie ja bei Aufstellung der Indikation zur Quecksilberbehandlung im besten Falle nur als ein Faktor neben anderen gelten, nie aber die ausschließliche Basis abgeben. Um so mehr gilt dies angesichts der 100% bei der Paralyse, wo die klinische Erfahrung reichlich gelehrt hat, welchen Schaden das Quecksilber bei diesen Kranken, namentlich in den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit und bei hinfälligen Individuen, bringen kann. Die Indikation zur Behandlung der Paralytiker kann also von der *Wassermann*schen Reaktion nicht abhängig gemacht werden und muß nach den bisher gültigen klinischen Regeln erfolgen.

Selbstverständlich gilt auch für die Nukleinsäurebehandlung, daß all das, was sich bei der Behandlung der Paralyse bisher als nützlich erwiesen hat: insbesondere Hebung der Ernährung, körperliche und geistige Ruhe, sowie Fernhaltung von Schädlichkeiten (Alkohol, Tabak usw.), auch weiter in Kraft bleibt. Hydrotherapeutische Prozeduren können wegen ihrer temperaturherabsetzenden Wirkung während der Nukleinsäurebehandlung nicht angewendet werden. —

Ich will nun die Fälle von allgemeiner Paralyse, in welchen ich die Nukleinsäure-Therapie angewendet habe, in tunlichster Kürze mit Hervorhebung des Wichtigsten mitteilen.

Das speziell auf die Injektionen Bezügliche (Zahl derselben, Konzentration und Menge der Lösung, Temperatur- und Leukozytensteigerung, etwaige Komplikationen usw.) wird bei jeder Krankengeschichte summarisch angeführt.

I. L. W., 34jähriger Agent, verheiratet. Aufgenommen am 17. Juli 1907. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

---

[1]) In einer jüngsten Arbeit fanden *I. Guszman* und *E. Neuber* (Wert der *Wassermann*schen Syphilisreaktion in der Praxis, Orvosi Hetilap 1909 Nr. 28) in 25 Fällen von progressiver Paralyse 84 % positive Reaktion.

Anamnese: Vater an einer ihm unbekannten Krankheit gestorben, Mutter gesund. Pat. hat im 18. Jahre ein Ulcus gehabt. Frau und Kind gesund; eine Frühgeburt.

Seit 1 Jahre sehr vergeßlich, so daß er nach Angabe seiner Umgebung das soeben Gesagte oft fünf- bis sechsmal nacheinander wiederholt; gibt oft zuviel Geld heraus, hat Visionen (sieht schöne Gärten, Frauen, die zu ihm sprechen, ihn loben, seine Lebensgeschichte in verschönerter Weise hersagen.) Seither starkes Zittern am ganzen Körper, besonders Beben der Zunge und Sprache; es kommt häufig vor, daß er schwer oder gar nicht sprechen kann. Fühlt Schwäche und Taubsein in der linken Hand, die Füße zittern ihm beim Gehen, es wird ihm häufig dunkel vor den Augen, er kann seine Arbeit nicht verrichten, ist appetitlos. Ein von einem auswärtigen Universitätsprofessor an seine Frau gerichtetes und bereits geöffnetes Schreiben, welches seinen Zustand als hoffnunglos erklärt, trägt er bei sich herum, ohne von dessen Inhalt, welchen er kennt, besonders berührt zu sein.

Status praesens: Untersetzt, schwächlich gebaut, ziemlich gut genährt. Pupille rechts größer als links, beide lichtstarr, kaum auf Akkomodation reagierend. R. Sulcus naso-labialis verstrichen. Starkes fibrilläres Zucken der Gesichtmuskulatur. Mäßige Struma. Sehnen- und Periostreflexe der oberen Extremitäten ziemlich lebhaft. Rechtes Kniephänomen fehlend, linkes manchmal auslösbar. Achillessehnenreflexe fehlend, Bauchreflexe herabgesetzt. Unterextremitäten hypästhetisch und analgetisch. Die Monate werden in umgekehrter Reihenfolge etwas schwer hergesagt. Sprache stockend, Silbenstolpern, wobei die Lippen zittern. Rechnen ziemlich gut, Handschrift ungleichmäßig, zittrig, ataktisch, mit Verwechslung der Buchstaben.

Vom 2. September bis 4. Dezember wurden 4 Injektionen zu je 50 ccm 1 proz. Natrium nucleinicum und 1mal 50 ccm 2 proz. Lösung verwendet; pro Injektion also 0.5—1.0 und zusammen 3.0 g Natrium nucleinicum.

Die Zahl der weißen Blutkörperchen betrug vor den Injektionen 5200—8600 und stieg nach den einzelnen Injektionen maximal auf 12 500 bis 40 000. Die vor den einzelnen Injektionen stets normalen Temperaturen (36.0—36.8) stiegen innerhalb der ersten 6 Stunden maximal auf 39.1 bis 40.5 ° C. Die Temperaturenhebungen und die Leukozytose zeigten ein streng paralleles Verhalten. Der letzten Injektion folgte ein ½stündiger Schüttelfrost.

Nach der 4. Injektion ist nicht nur das subjektive Befinden wesentlich gebessert, worauf Patient selbst aufmerksam macht, sondern auch der objektive Befund: Zucken der Gesichtmuskulatur, Beben der Lippen haben aufgehört, die Aussprache ist reiner geworden, nur bei schweren Wörtern leichtes Silbenstolpern, die Körperkraft hat zu-





genommen, die Hände zittern nicht, die Schrift ist sicherer geworden. Er denkt klarer, multipliziert im Kopfe zweistellige mit ein- und selbst zweistelligen Zahlen. Die früheren Klagen über Schmerzen haben gänzlich aufgehört.

Wegen einer am 5. Dezember aufgetretenen Gesichtrose mußte er auf eine Isolierabteilung überführt werden. Das Fieber stieg bis auf 39.4° C und die Deferveszenz erfolgte bereits nach 5 Tagen.

6. Januar 1908. Patient, dessen Besserung stetig fortschreitet, wird heute auf eigenen Wunsch entlassen. Er gedenkt noch 1 Monat draußen auszuruhen und dann auf dem Lande ein kleines Geschäft zu betreiben. Er wird aufgefordert, sich zeitweilig wieder vorzustellen.

22. März. Seit der Entlassung stellt er sich heute zum dritten Male vor, mit frischer Gesichtfarbe, ausgezeichnetem Befinden, gehobenem Kräftezustande. Er hat sich einen Gewerbeschein herausgenommen, agentiert mit Ansichtkarten und verdient täglich 4—6 Kronen.

10. August. Gesundheitzustand ist weiterhin trefflich, obgleich seine Frau vor zwei Wochen gestorben und ein Kind hinterblieben ist, worüber er niedergeschlagen ist[1]. —

II. J. R., 29 Jahre. Maschinenschlosser, verheiratet.

Aufgenommen am 24. September 1907. — Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Patient, der schon im vorigen Jahre einmal auf der Abteilung vom 23. Februar bis 7. Juni behandelt wurde, leidet seit August 1905 an Kopfschmerzen, Schwindel, lanzinierenden Schmerzen in den Unterextremitäten, Brennen am Körper, Aufstoßen, ohne über Appetitmangel zu klagen, häufiges und vieles Urinieren, unregelmäßigen Stuhl und Schlaflosigkeit. Die Sprache ist langsamer und leiser geworden, das Gedächtnis hat abgenommen; er ist reizbar, weint leicht, hat sogar Wein- und Lachanfälle. Lues und Potus in Abrede gestellt.

Die am 3. April, 17. Mai und 17. Juni vorgenommenen Lumbalpunktionen, wobei zusammen ungefähr 120 ccm reiner Liquor unter starkem Drucke entleert wurde, haben den Kopfschmerz und Schwindel auf acht Monate zum Schwinden gebracht, so daß Patient später, als die Erscheinungen wieder sich zeigten, von selbst danach begehrte. Draußen verschlimmerte sich wieder der Zustand, und es erfolgte eine zweite Aufnahme auf meine Abteilung.

Status am 24. September 1907:

Mittelgroß, ziemlich wohl gebaut und genährt. Pupillen gleich, etwas unregelmäßig, auf Licht schwach, auf Akkommodation und Kon-

[1]) Anm. b. d. Korr. Dieser Mann erfreut sich $2^1/_2$ Jahre nach der Entlassung stetigen Wohlbefindens und voller Erwerbfähigkeit.



vergenz ziemlich gut reagierend. Ausdrucksloses Gesicht. Linker Mundfacialis etwas paretisch. Zunge und Hände zeigen grobschlägigen Tremor. Reflexe an den Ober- und Unterextremitäten gesteigert. Epi- und mesogastrische Reflexe schwach, hypogastrische Reflexe fehlend. Kremasterreflexe schwach. An den Unterextremitäten werden leichtere Nadelstiche nicht empfunden. Gang paretisch, Rombergsches Zeichen mäßig, keine Ataxie.

Druck der rechten Hand 27 kg, der linken Hand 15 kg (Mittel aus je 3 Messungen).

Friert leicht, weshalb er sich die Hände festhält, um nicht zu zittern. Er klagt über ein stumpfes Gefühl im Ring- und Kleinfinger der rechten Hand. In der Tat sind diese Finger und die entsprechende Mittelhand hypästhetisch und hypalgetisch. Starke Gedächtnisabnahme (kann sich der vorgestrigen Geschehnisse nicht mehr erinnern). Rechnen früher gut, seit ½ Jahre schwächer, immerhin werden zweistellige mit einstelligen Zahlen im Kopfe rasch multipliziert. Handschrift etwas unsicher und unregelmäßig.

Bei diesem Kranken wurden anfangs 3 intravenöse Injektionen von 2 proz. Natr. nuclein. gemacht, welche Lösung noch 0.9% Natr. chloratum und 0.25% Lysol enthielt

Am 8., 9. und 12. Oktober wurden 1, 2 und 6 ccm in die Vena mediana eingespritzt, wobei die Leukozyten von 9500 auf 11 800, 14 800 und 10 200 sich vermehrten (das Maximum wurde bei der 2. und 3. Injektion erst nach 2 Tagen beobachtet). Die Temperaturen stiegen nicht höher als von 36.2 bis auf 37.1 ° C.

Von nun ab wurden vom 15. Oktober bis 4. November 3 subkutane Injektionen zu je 50 ccm 1proz. und vom 28. Dezember bis 31. Januar (1908) 2 subkutane Injektionen zu je 50 ccm 2 proz. Natr. nuclein. angewendet. Die Hyperleukozytosis betrug nach den einzelnen Injektionen maximal 13 000—36 300 (ursprünglich 9000—9500) und die Temperatursteigerungen maximal 39.6—40.5 ° C (ursprünglich 36.1—37.2). Das gesamte Natrium nucleinicum betrug also 3.68 g.

23. Dezember. Zustand auffallend gebessert. Die Kopfschmerzen haben aufgehört, die früher stammelnde Sprache ist viel deutlicher geworden. Die Zunge zittert wenig, die Lippen und Extremitäten gar nicht. Linker Mundfacialis paretisch. Stehen und Gehen gut. Patient ist ruhig und fühlt sich wesentlich besser und kräftiger. Hilft seit 2 Tagen den Pflegeschwestern bei der schweren Arbeit.

12. März 1908. Die Besserung ist anhaltend, die Handschrift ist sicherer geworden. Er ist bedeutend kräftiger geworden, denn es beträgt jetzt der Druck der rechten Hand 44 kg, der der linken Hand 32 kg. 8×17, 7×19, 12×16, 189—32 werden im Kopfe ziemlich rasch und richtig ausgerechnet. Politischer Ereignisse erinnert er sich gut. Sprache ziemlich gut, zeitweilig etwas Dysarthrie,





doch kann er selbst schwere Wörter gut aussprechen. Kein Romberg-sches Zeichen, läuft gut.

Der Zustand der Pupillen, sowie die Extremitäten-und Bauchreflexe zeigen sich unverändert, dagegen sind jetzt die Kremasterreflexe lebhaft und die Sensibilität verhält sich normal. Sein Zustand ist so wesentlich gebessert, daß er wieder in Arbeit zu treten wünscht, und verläßt mit der Empfehlung einer leichten Arbeit das Krankenhaus.

Am 13. Juli 1908 präsentierte sich jedoch wieder der Kranke, der genötigt war, in der früheren Eisenbahnwerkstätte die schwere Schlosserarbeit aufzunehmen, welcher sein Kräftezustand nicht gewachsen war. Er klagte über Schmerzen im Kopf, Magen und in den Beinen, über Herzklopfen und Atembeschwerden und konnte den Harn nicht halten. Dabei war das Gedächtnis ziemlich gut erhalten. Wegen schwerer melancholischer Depression (er weinte Tage hindurch) und hypochondrischer Wahnideen wurde er am 11. November 1908 auf die Beobachtungstation transferiert. —

III. H. E. 30 Jahre. Kupferschmied, verheiratet. Aufgenommen am 23. September 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Die Mutter starb an einem Schlaganfall. Vater und 5 Geschwister gesund. Obgleich er 3 Jahre beim Militär gedient und 2 Waffenübungen mitgemacht hatte, behauptet er mit Entschiedenheit, nie geschlechtskrank gewesen zu sein. Trinkt täglich 2 Glas Bier, sonst kein geistiges Getränk. Vor seiner Erkrankung rauchte er 3 Zigaretten im Tage, seither gar nicht. — Nach Angabe seiner Frau leidet er seit 7 Monaten an heftigen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, weshalb er in einem hiesigen Krankenhause 5 Einreibungen und Jodkalium erhielt. Zu dieser Zeit trat eine Lähmung des rechten Armes auf mit Verlust des Sprachvermögens, welcher 3 Wochen dauerte. Er ist vergeßlich geworden, besonders bezüglich des Jüngstvergangenen, aufgeregt, streitsüchtig, schlug einmal seine Frau im Krankenhause ins Gesicht, worüber er aber gleich wieder weinte. Seine Frau hatte in 1½ Jahren zweimal abortiert.

Status praesens: (2. Oktober) Rechte Pupille viel weiter als die linke, beide unregelmäßig, weder auf Licht noch auf Akkommodation und Konvergenz reagierend. Rechter Mundfacialis paretisch. Schwere paralytische Sprachstörung, so daß er manchmal kaum weiter sprechen kann. Leichter Tremor linguae et manuum. Handschrift etwas grob und unregelmäßig. Die Reflexe an den Oberextremitäten, am Bauch sowie Kremasterreflexe lebhaft. Kniereflex links stärker als rechts; Achillessehnenreflexe vorhanden. Plantarreflexe lebhaft, kein Babinski. Gehen etwas breitbeinig, Umkehren etwas unsicher; kein Romberg. Tast- und Schmerzempfindung ziemlich gut erhalten. Eine eingehendere Untersuchung ist durch die Demenz erschwert. Über das Datum befragt, gibt er zuerst Dezember, dann März, endlich Oktober an. Die Monate in umgekehrter



Reihenfolge sagt er bis Mai her, dann springt er auf Oktober und Dezember zurück. Kopfrechnen: 7×5, 6×7, 3×27 richtig; 12×12 = „120“; 0×17 = „17“; 0×6 = „6“; 3×28 = „78“; dagegen 17+21 richtig; 3+417 = „21“, später richtig.

Vom 10. Oktober 1907 bis 25. April 1908 wurden anfangs 6 subkutane Injektionen zu je 50 ccm 1 proz., dann 12 Injektionen zu je 50 ccm 2 proz. Natr. nuclein. angewendet (zusammen 15 g Natr. nuclein.). Die Maxima der Leukozytenzahlen betrugen nach den einzelnen Injektionen 11 000—42 000 (ursprünglich 6500—14 900), die der Temperatursteigerungen von 36.0—37.4 auf 37.5—40.2 ° C (meist bewegte sie sich zwischen 39 und 40 °). Das Temperaturmaximum von 40.2 ° wurde schon etwa 4 Stunden nach der Injektion erreicht.

23. November. Der Zustand des Kranken erheblich gebessert, wie er auch selbst mitteilt. Die Kopfschmerzen haben aufgehört, die Aussprache ist rein, kein Tremor linguae, doch zeigen die Hände noch ein feines Zittern. Stehen und Umkehren besser. Handschrift und Kopfrechnen zeigen jedoch keine Besserung.

10. Dezember. Patient, welcher uns schon früher mitgeteilt hatte, daß nach der Injektion die Einstichstellen zwei Tage zu schmerzen pflegen, worauf dann diese Schmerzen aufhören, zeigt jetzt auf der rechten Brusthälfte, wo ein Teil der Injektionen gemacht wurde, eine diffuse Röte und Schwellung, welche etwas druckschmerzhaft ist. Auch sickert aus einer feinen Öffnung etwas seröse Flüssigkeit hervor. Diese phlegmonöse Hautpartie läßt sich von den Rippen in einer Falte nicht aufheben und erscheint mit ihnen wie verlötet. Offenbar ist dies die entzündliche Lokalwirkung der Nukleininjektionen.

31. Dezember. Sein psychischer Zustand zeigt keine weitere Besserung. Von seinem Vater erfahren wir, daß die Erwerblosigkeit des Kranken, der früher ein guter Arbeiter war, eine schwere Zerrüttung seiner häuslichen Verhältnisse bewirkt hat, die ihn in fortwährender Aufregung erhält. Er will deshalb im Krankenhause nicht verbleiben und nach Wien gehen, will sich zuletzt auch nicht mehr untersuchen lassen und verläßt das Krankenhaus am 18. Juni. —

IV. F. V. 44 Jahre. Kanzleimanipulant, verheiratet. Aufgenommen am 9. Dezember 1907.

Anamnese: Die Eltern haben ein hohes Alter erreicht. Drei Brüder gestorben (einer an „Herzleiden“, der zweite an Apoplexie, der dritte an einer ihm unbekannten Krankheit). 3 Kinder gesund, eines 3 Tage nach der Geburt gestorben. Die Frau hat nicht abortiert. Kein Trinker, Geschlechtskrankheiten will er nicht gehabt haben. Nach Angabe seiner Frau, die seit 16 Jahren mit ihm verheiratet ist, war er in den ersten Jahren der Ehe vollkommen gesund. Seit zehn Jahren leidet er an häufigen Kopfschmerzen, besonders wenn er stark beschäftigt ist. Seit 2 Jahren fällt eine Unentschiedenheit in seinen Entschlüssen auf. Seit

3 Monaten haben sich die Kopfschmerzen bedeutend gesteigert, er ist traurig, verstimmt, verdüstert, unruhig und leidet an starker Schlaflosigkeit. Patient behauptet, seither auch etwas vergeßlich geworden zu sein, auch das Gehen ist ihm beschwerlicher geworden. Er war ein wegen seines Fleißes und seiner Nüchternheit sehr geschätzter Beamter, der aber mit geistiger Arbeit, besonders Rechnen überbürdet war. Sein Wankelmut hat sich in letzter Zeit besonders gesteigert, was sich im September zeigte, als er seinen Sohn in die Handelschule einschreiben, dann gleich wieder streichen ließ und unmittelbar darauf dies wiederum bereute. Ebenso wollte er, kaum auf meine Abteilung aufgenommen, gleich wieder das Krankenhaus verlassen, doch ließ er sich überreden, zu bleiben. Zehn Tage später erklärte er wieder mit Entschiedenheit, das Krankenhaus verlassen zu wollen; kaum war er ausgeschrieben, jammerte er, daß man ihn zurückbehalten möge. In ähnlicher Weise wollte er so zu wiederholten Malen die Krankenzimmer wechseln.

Aus dem Befund hebe ich hervor: Rechter Mundfacialis paretisch. Reflexe an den Oberextremitäten, desgleichen Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, Bauch- und Sohlenreflexe nicht auslösbar, Kremasterreflex schwach. Kopfrechnen (Multiplizieren von zweistelligen mit einstelligen Zahlen) und Konzept gut, doch ermüdet er leicht bei der geistigen Arbeit. Handschrift ziemlich regelmäßig, aber angeblich etwas weniger sicher als früher. Druck der rechten Hand 16, der linken Hand 15 kg (Mittel aus je 2 Messungen).

Vom 19. Februar 1908 bis 18. März wurden 5 subkutane Injektionen von 50 ccm 2 proz. Natr. nuclein. gemacht, also 5 g Natr. nuclein. verbraucht. Die Maxima der Leukozytenzahlen betrugen nach den einzelnen Injektionen 10 300—36 000 (ursprünglich 5600—8400). Die Maxima der Temperaturen erreichten nur 36.9—37.8° (die Anfangstemperaturen waren 36.0—36.5), doch zeigten auch diese geringen Erhebungen ein den Leukozyten paralleles Verhalten. Diese Temperaturmaxima wurden etwa 6 Stunden nach der Injektion erreicht.

24. März. Zeitweilig, besonders gegen Abend, pflegt noch Aufregung oder Herzklopfen aufzutreten. Kopfrechnen ausgezeichnet, Handschrift ist sicher und sauber. Druck der rechten Hand 19, der linken Hand 17.5 kg (Mittel aus je 2 Messungen). Er wünscht wieder seine Kanzleiarbeit aufzunehmen, was ihm auch empfohlen wird. —

V. L. K. 39 Jahre. Juwelenagent, verheiratet. Aufgenommen am 16. März 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Familienantezedentien bieten nichts Besonderes dar. 2 Kinder gesund. Die 2. und 4. Schwangerschaft der Frau endete mit Abortus. Will keine Geschlechtskrankheiten gehabt haben. Seine Beschäftigung brachte es mit sich, daß er früher viel trank, doch hat er dies in letzter Zeit gänzlich gelassen. Seit 8 Monaten rasche Abmagerung (um 15 kg),





allgemeine Schmerzen, besonders aber Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Gedächtnisabnahme. Letztere ist so stark geworden, daß er ganze Etuis mit Juwelen bei den Kunden vergaß. Seit 3 Monaten Anfälle von starkem Brechreiz, kratzendes Gefühl im Kehlkopf. Appetit ziemlich gut. Stuhl unregelmäßig mit häufigen Diarrhöen. Seit 2 Monaten häufiger Harndrang mit Heruntertäufeln, Abnahme der Erektionen und der Potenz. Er versteht nicht, was man zu ihm spricht, ist stets übelgelaunt, haßt jedermann und weint häufig.

Status praesens: Ziemlich gut entwickelt und genährt. Linke Pupille etwas weiter als die rechte, beide etwas unregelmäßig, lichtstarr mit schwacher Konvergenzreaktion. Das linke Auge zeigt außerdem Konvergenzparese bei sonst gut erhaltener Beweglichkeit nach allen Richtungen. Zunge zittert ein wenig, Hände nicht. Gang etwas unsicher, besonders beim Umkehren. Geringes Schwanken bei Augenschluß. Tast- und Schmerzempfindung erscheinen wohl erhalten, doch wird die Aufmerksamkeit bald erschöpft.

Reflexe an den Oberextremitäten erhalten, Bauchreflexe lebhaft, Kremasterreflexe fehlen, Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen, Sohlenreflexe erhalten. Schrift sehr unregelmäßig, zittrig mit Auslassungen und Buchstabenverwechslungen. Sprache etwas schwerfällig, doch werden schwierigere Wörter ziemlich gut ausgesprochen; zuweilen findet er nicht das gehörige Wort. Zweistellige Zahlen werden im Kopfe addiert, doch weiß er das kleine Einmaleins nicht mehr. Über die Preis- und Geschäftsverhältnisse in seiner Branche weiß er ziemlich Bescheid. In letzter Zeit ist er rührselig geworden, weint leicht.

Vom 20. März bis 23. Mai 11 subkutane Injektionen zu je 50 ccm 2 proz. Natr. nuclein. (zusammen 11 g der Substanz). Die Maxima der Leukozytenzahlen nach den einzelnen Injektionen bewegten sich zwischen 10000 und 22000 (ursprünglich 8000—10000), die Temperaturen zwischen 37.7 und 39.7 (Anfangstemperaturen 36.0—37.0). Diese Temperaturen wurden etwa 6—10 Stunden nach der Injektion erreicht.

29. Mai. Die Handschrift hat sich gebessert, sie ist viel regelmäßiger und sauberer geworden, dagegen zeigt sich im Kopfrechnen keine Veränderung. Appetit, Schlaf gut, häufig starke Erektionen und Libido. Er fühlt sich bedeutend besser und gedenkt nach einmonatiger Erholung wieder das Geschäft aufznehmen. Verläßt auf eigenen Wunsch das Krankenhaus. —

VI. S. H., 46 Jahre. Kondukteur der elektrischen Straßenbahn, verheiratet. Aufgenommen am 12. Mai 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnestisch sei hervorgehoben, daß sein Vater trunksüchtig war, sein Bruder es noch gegenwärtig ist.



Patient hatte im 23. Lebenjahre Gonorrhoe; Ulcus wird in Abrede gestellt.

Aus seiner 22jährigen Ehe stammen 2 gesunde Kinder; die Frau hat nie abortiert.

Sein gegenwärtiges Leiden begann vor 1½ Jahren mit Händezittern und Stammeln. Seit drei Monaten dienstunfähig; er erkennt seine Bekannten nicht, doch ging das Rechnen noch an. Unmäßiger Raucher.

Status praesens: Das mittelgroße, wohlgebaute und genährte Individuum zeigt einen etwas leeren Gesichtausdruck. Pupillen gleich, etwas enge und unregelmäßig, lichtstarr, auf Akkommodation schlecht reagierend. Tremor des Gesichts, der Zunge und der Hände, der an letzteren grobschlägig ist. Gang etwas breitbeinig, mit Einsinken der Knie. Kein Romberg.

Fig. 1. Handschrift am 25. Mai 1908 (vor der Behandlung).

Fig. 2. Handschrift am 30. Sept. 1908 (nach der Behandlung).

Sehnen- und Periostreflexe an den Oberextremitäten vorhanden. Bauchreflexe herabgesetzt, Kremasterreflexe fehlend, Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Sohlenreflexe erhalten; kein Babinski, Adduktorreflexe beiderseits von der Tibia auszulösen. Tastempfindung an den Unterextremitäten ziemlich erhalten, Schmerzempfindung stark herabgesetzt. Die Handschrift ist ein zittriges, unregelmäßiges, unleserliches Gekritzel (Fig. 1).

Er weiß das kleine Einmaleins, doch kann er im Kopfe selbst niedrige zweistellige Zahlen nicht miteinander multiplizieren, so ist 12 × 12 = „48", dann „108". Hochgradige Dysarthrie, starke Demenz.

Vom 23. Mai bis 2. Juli 9 × 50 ccm 2 proz. Natr. nuclein. (zusammen also 9.0 g) subkutan. Die Leukozyten, welche vor den Injektionen 6300—13 600 betrugen, stiegen darnach auf 14 900—39 100. Die Temperaturen, welche vor den Injektionen 36.4—36.9 betrugen, stiegen nach denselben auf 38.0—40.3. Das Temperaturmaximum wurde nach etwa sechs Stunden erreicht.

Am 8. Juli phlegmonöse Entzündung auf der linken Brustseite, welche zur Absonderung und Inzision führte. Die Heilung erfolgte nach einer Woche.

27. Juni. Der Zustand des Kranken ist wesentlich gebessert, namentlich ist das Sprechen und Gehen besser geworden, die Hände zittern viel weniger; auch behauptet er, daß das Sehvermögen sich gebessert habe. Appetit und Schlaf gut.

4. August. Handschrift entschieden gebessert, ist weniger zittrig. Er bemerkt selbst, daß er im niedergeschriebenen Worte „August“ das „g“ ausgelassen hat.

5. August. Die Frau, welche ihn heute besucht, findet ihn gleichfalls auffallend gebessert; die Aussprache ist reiner, die Hände zittern weniger, der Gang ist gehöriger und rascher. Sein Schwager, welcher ihn seit der Krankenhausbehandlung vorgestern zum ersten Male gesehen hatte, findet, daß er „ein ganzer Kerl geworden und wie ausgewechselt ist“. Auch sein Sohn findet ihn „ganz verändert zu seinem Vorteile“.

24. September. Die Besserung schreitet fort, wie auch seine Angehörigen finden: er ist kräftiger geworden, die Sprache ist besser, der Gang leichter geworden, die Hände zeigen nur noch ein geringes Zittern, Dies zeigt sich auch in der erheblich gebesserten Handschrift (Fig. 2), wenngleich Patient, der einen mangelhaften Schulunterricht genossen, nie ein firmer Schreiber war. Besonders bemerkenswert ist das jetzt trefflich gewordene Kopfrechnen. Er multipliziert jetzt prompt zweistellige mit ein- und zweistelligen Zahlen: 13 × 17 prompt, 5 × 17 prompt, 13 × 17 prompt, desgleichen: 97—19 prompt, dagegen ist 137—35 = „95“. Patient, welcher sich arbeitfähig z. B. zum Rangieren der Waggons fühlt, wird heute auf eigenen Wunsch entlassen, mit dem Auftrag, sich zeitweise vorzustellen.

Der gebesserte Zustand hält bei dem Kranken an, wie wir uns bei seinen wiederholten Vorstellungen im Ambulatorium überzeugen konnten. Das letzte Mal erschien er im März 1910. Er hilft seiner Frau in der Wirtschaft und bei den Einkäufen, kann auch gut Karten spielen und die Points zusammenzählen. Er wünscht seinen r. Leistenbruch operieren zu lassen, was von mir auch empfohlen wird. —

VII. M. B., 34jähriger Eisenhändler, verheiratet. Aufgenommen am 2. Juni 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Die Frau, mit der er seit 15 Jahren verheiratet ist, hat zu Anfang der Ehe im 3. Monat der Schwangerschaft, später vielleicht noch zweimal, abortiert. Wegen seiner starken Vergeßlichkeit weiß er über die von ihm zugegebene luische Infektion nicht anzugeben, ob sie im ledigen oder verheirateten Stande stattgefunden hat. Gonorrhöe hat er vor der Ehe gehabt, doch schreibt sein Hausarzt, daß er in den letzten 3 Jahren zahlreiche Inunktions- und Jodkuren durchgemacht und auch

das Jodbad Csiz besucht hat. In seinem 14. bis 15. Lebensjahre will er Genickschmerzen gehabt haben. Vor etwa 5 Jahren Dysenterie, danach Hämorrhoidalblutungen. Geistige Getränke wurden mäßig genossen. Vor 2 Jahren begannen heftige Kopfschmerzen, traurige Verstimmung, zu wiederholten Malen kam ein plötzliches Versagen der Sprache auf Augenblicke vor. Im vorigen Sommer machte sich Gedächtnisabnahme bemerkbar. Alle diese Erscheinungen sind seither in der Zunahme begriffen, und dazu gesellten sich apoplektiform auftretende Parästhesien in den Gliedmaßen derselben Seite, in der entsprechenden Gesichtshälfte und in der Zunge, außerdem in beiden Unterextremitäten. Dabei auch Kribbeln am Scheitel. Von seinem Arzte wurden 30 hohe Darmeingießungen zu $^1/_3$ l mit der von mir angegebenen Blutsalzlösung angewendet, doch ohne besonderen Erfolg. Er leidet an Zittern, Aufregungzuständen, ist ungeduldig, rührselig und weint leicht, klagt über Schwindel und Kopfschmerzen und ist seit einem Jahre arbeitunfähig, so daß er das Geschäft im Januar d. J. abgeben mußte.

Status praesens: Ziemlich wohlgebaut und -genährt. Rechter Sulcus naso-labialis etwas verstrichen. Rechtes Auge von Jugend auf amblyopisch und kataraktös; ein Trauma soll nicht stattgefunden haben; Pupillen etwas unregelmäßig, rechte weiter als linke, erstere lichtstarr, letztere zeigt minimale Lichtreaktion bei erhaltener Akkommodations- und Konvergenzreaktion. Sprache langsam, zittrig, mit starkem Silbenstolpern. Grobschlägiger Tremor der Zunge und feines Zittern der Hände. Die Handschrift hat sich sehr verschlechtert (Fig. 3). Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Sensibilität erhalten. Pat. war früher ein guter Kopfrechner, jetzt geht das Multiplizieren oder Subtrahieren zweistelliger Zahlen schwer oder gar nicht. 6×9 prompt; 8×9 nach langem Nachdenken; 3×17 nach langem Rechnen; desgleichen 85—7, dagegen weiß er nicht: 8×19, 89—17, 89—7; 79—15 = „60", dann richtig.

Druck der rechten Hand 34 kg, der linken Hand 33 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Die Reflexe der Oberextremitäten zeigen nichts Besonderes; Bauch-, Kremaster-, Patellar-, Achillessehnen- und Sohlenreflexe gesteigert. Wegen der starken Demenz kann die Sensibilität nicht geprüft werden. Bei der Geschmacksprüfung erklärt er bitter und salzig bloß für feucht.

Vom 26. Juni bis 21. November 15 mal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 15 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 7000 bis 16 200 vor den Injektionen auf 12 000 bis 41 300 nach denselben; die Temperaturen von 36.1 bis 36.7° vor den Injektionen auf 37.3 bis 40.2° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden etwa 6 Stunden nach den Injektionen erreicht.

Am 2. Juli, dem nächsten Tage nach der 7. Injektion, wurde auf der linken Seite eine erysipelatöse, schmerzhafte Röte von ungefähr Zweihandtellergröße wahrgenommen. Die Infiltration war nach 9 Tagen



geschwunden. Nach einer vierwöchigen Pause wurde am 30. Juli mit den Injektionen fortgefahren.

25. Juli. Allgemeinbefinden gebessert, namentlich ist das Zittern geringer und die Schrift besser geworden, was Pat. selbst an seinen nach Hause geschriebenen Briefen wahrgenommen hat (Fig. 4). Doch klagt er über Vergeßlichkeit.

5. August. Die Frau, welche ihn aus der Provinz heute besucht, findet seinen Zustand wesentlich gebessert. Besonders war sie von seiner

Fig. 3. Handschrift vom 25. Februar 1908 (vor der Behandlung).

Fig. 4. Handschrift vom 25. Juli 1908 (nach der Behandlung).

Aussprache überrascht, die sie schön und fließend findet, auch verwechselt er nicht die Worte oder die Zahlen, z. B. beim Ablesen der Uhr, welche er wohl hinterher zu korrigieren pflegte. Bezüglich Personennamen ist er noch etwas vergeßlich. Auch findet sie die Schrift und den Inhalt in seinen Briefen gebessert. Er klagt nicht über Kribbelgefühl. Nach den Injektionen hat er etwas Kopfschmerz. Pat. ist wohlgemut und hat nun Hoffnung zu seiner Genesung.

16. August. Der Kranke hatte vor 3 Tagen von mir die Erlaubnis erhalten, auf 2 Tage zur Verlobung seiner Schwester nach Hause zu reisen. Nach Berichten, die ich von dort erhielt, war man dort über sein gutes Aussehen, sein Auftreten, Benehmen und die gute Aussprache geradezu er-

staunt. Er war guter Laune, bekundete Scherz und Humor, wie er sich dadurch auch auf der Abteilung beliebt gemacht hat. Seine Frau hebt wieder hervor, daß, während er früher gar keinen Aufsatz fertigbringen konnte, fehlerhaft schrieb, Buchstaben verwechselte, seine Schrift jetzt viel schöner und das Konzept ein viel besseres ist. Auch findet sie, daß ihm die Knie noch manchmal versagen, was aber früher viel häufiger der Fall war. Eigennamen und Gelesenes vergißt er noch leicht, aber doch viel weniger als früher, wo er überhaupt weder lesen noch rechnen konnte. Hie und da noch etwas Kribbeln in den Händen.

25. September. Die wesentliche Besserung hält an, welche sich nicht nur in der Sprache kundgibt, sondern auch im Kopfrechnen. 5×17, 8×19 werden prompt, 6×19 nach einigem Nachdenken ausgerechnet; desgleichen 135—29 prompt und 189—36 nach einigem Nachdenken. Mäßiger Tremor linguae et manuum; Patellarreflexe lebhaft. Neigt noch etwas zum Weinen. Auch die grobe Kraft hat zugenommen.

Druck der rechten Hand 37.8 kg, der linken Hand 42.8 kg (Mittel aus je zwei Messungen). Pat. ist vorwiegend Linkshänder. Heute erfolgt auf eigenen Wunsch die Entlassung aus dem Krankenhause.

20. Oktober 1908. Pat. ist auf meinen Wunsch aus seiner Heimat hierher gereist, um sich vorzustellen. Befinden und Aussehen vorzüglich, Sprache geläufig, ohne Störung, insbesondere hat auch das Skandieren aufgehört. Gang sicher. Handschrift gut. Dies wird auch im Begleitschreiben seines Hausarztes bestätigt. Nach Bericht sowohl des Arztes als des Pat. wurde am 6. und 15. d. M. in den Händen ein etwa halbstündiges Kribbeln gefühlt, welches bei letzterer Gelegenheit auch mit etwas Sprachstörung und Kopfschmerz von ebenso flüchtiger Art einherging.

Bei einer erneuten Vorstellung am 22. April wurden wieder ähnliche Klagen vorgebracht. Die Sprache ist wieder etwas schwerfälliger geworden, und hie und da zeigt sich leichtes Silbenstolpern. Da Pat. auf eine Wiederholung der Nukleininjektionskur nicht eingehen will, werden Jodpräparate und eine milde Kaltwasserkur empfohlen. —

VIII. M. W., 28jähriger Beamter, ledig. Aufgenommen am 6. Juni 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Die Familienantezedentien bieten nichts Besonderes. Von zehn Geschwistern ist er der siebente. Die übrigen neun sind gesund; eines ist 1½ Jahre alt gestorben. Bemerkenswert ist eine früh bei ihm zutagegetretene psychische Minderwertigkeit, insbesondere in ethischer Richtung. Nach Angabe zweier seiner Geschwister zeigte er schon im 5. Lebensjahre einen Hang zum Lügen, weshalb er viel bestraft wurde.



In der Schule lernte er schlecht. Er huldigte Größenideen; so erzählte er von seiner Schwester, daß sie 30 000 Gulden Mitgift bekommen habe, während sie doch eine arme Familie sind. In den Geschäften, wo er angestellt war, hatte er zweimal Veruntreuungen begangen, wofür die Eltern Ersatz leisten mußten. Auch beim Militär, wo er drei Jahre gedient hatte, ließ er sich Ungehörigkeiten zuschulden kommen. Er hat es immer mit Frauen zu tun gehabt und das defraudierte Geld mit Schauspielerinnen vertan. Seine großsprecherischen Lügen bieten das Bild der Pseudologia phantastica dar. So behauptete er, daß infolge Todesfalles seines Chefs er von dessen Erben beauftragt worden sei, die Hinterlassenschaft zu ordnen, weshalb er dort Tag und Nacht gearbeitet habe. Tatsache aber ist, daß er wegen schlechten Rechnens und Unverläßlichkeit nicht verwendet werden konnte. Er behauptete von einem Aristokraten, den er nannte, 20 000 Gulden geerbt zu haben; ein Ziegelfabrikant wolle ihn zum Kompagnon haben; doch gehe er darauf nicht ein, weil er sein Geld nicht riskieren wolle. Tatsächlich aber wurde er aus der Ziegelfabrik entlassen, weil er Geschäftsgeheimnisse verraten hatte. Er behauptete von sich, Klavier und Geige zu spielen, jedoch von seiner Schwester zur Rede gestellt, mußte er eingestehen, daß er dies nie gelernt hat.

Das gegenwärtige Leiden begann vor 1 Jahre mit starken Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, rascher Ermüdung, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung. Die Kopfschmerzen persistierten bis Dezember 1907, alsdann traten stärkere Abmagerung, schwerfälliger Gang, Ungeschicklichkeit, fortwährendes Stolpern und großtuerisches, verkehrtes Benehmen in die Erscheinung. Im Februar 1908 äußerte er schon schwere megalomanische Ideen (habe 80 000 Gulden von einem hiesigen bekannten Finanzmann geerbt, sei der Generaldirektor einer von ihm benannten großen Bank), die er nach ein paar Minuten wieder anders vortrug. Stundenlang konnte er allerlei Zeug zusammenschwatzen oder vor sich hinmurmeln. Seit Mai ist er trübsinnig, sitzt brütend an einer Stelle und starrt mit leerem Blick auf den Plafond. Er ist sehr vergeßlich, ein schlechter Rechner geworden. Vor 6 Jahren Gonorrhöe; ein Ulcus will er nicht gehabt haben. Er trinkt nicht, doch raucht er täglich 30 bis 40 Zigaretten.

Status praesens: Das mittelgroße, ziemlich gutgebaute und genährte Individuum zeigt ungleichmäßige Pupillen, rechts größer als links, erstere schwach, letztere gar nicht lichtreagierend, dagegen gute Akkommodations- und Konvergenzreaktion. Bei den Augenbewegungen nach links etwas Nystagmus. Allgemeine Reflexsteigerung, Tremor. Die Sinnesorgane bieten nichts Besonderes dar. Stuhl- und Harnentleerung in Ordnung.

Auf der Abteilung beruhigt sich der Kranke schon nach 3 Tagen. Er korrigiert vollständig seine Größenideen und will gar nicht zugeben, daß er solchen Unsinn gesprochen habe.

Vom 12. Juni bis 1. Juli fünfmal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 5 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 8600 bis 14 600 vor den Injektionen auf 28 000 bis 44 400 nach denselben, die Temperaturen von 36.0 bis 36.7° auf 37.6 bis 39.6°. Die Temperaturmaxima wurden nach etwa 8 Stunden erreicht.

Am 7. Juli (6 Tage nach der letzten Injektion) phlegmonöse Entzündung auf der linken Brustseite an der Stelle der Injektionen; dieselbe machte nach 10 Tagen eine Inzision unterhalb der Mamilla notwendig. Es wurde reichlicher, rahmartiger Eiter entleert.

11. Juli. Zustand wesentlich gebessert; er ist ruhiger, die Hände zittern weniger, die Schrift ist sicherer geworden, ein längerer Brief, den er auf der Abteilung geschrieben, sogar tadellos. Vegetative Funktionen in Ordnung. Bei manchen schweren Wörtern Silbenstolpern. Kopfrechnen besser geworden: 5×17, 89—17 prompt, dagegen 7×9 = „106".

13. Juli. Auch seine Schwester, die heute zu Besuch kommt, findet ihn ruhiger und von frischem Aussehen.

24. Juli. Kopfschmerz hat aufgehört. Nachts zuweilen Jucken an den unteren Gliedmaßen.

2. August. Besserung andauernd. Pat. ist noch leicht erregbar, wenn man ihn anspricht.

10. September. An den Händen kaum noch ein Zittern nachzuweisen. Kopfrechnen gut. Ist ruhig, schläft wohl und erfreut sich eines guten Allgemeinbefindens. Da er in Stellung gehen will, wird er auf eigenen Wunsch entlassen. —

IX. A. R., 38jähriger Gastwirt, verheiratet. Aufgenommen am 9. Januar 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Hereditär nichts nachzuweisen, 7 Geschwister gesund. Will nie Geschlechtskrankheiten gehabt haben. Seine Frau, die 13 Jahre mit ihm verheiratet ist, war nie schwanger. Seit 2 Jahren bemerkt sie an ihm Zittern und Abnehmen der Potenz. Nach Angabe seines Arztes bestehen seit 10 Monaten Stammeln, gesteigerte Reflexe, zeitweilig Kopfschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses und labile Gemütstimmung. Trinkt nicht.

Status praesens: Ziemlich wohlgebaut, doch etwas schwach genährt. Pupillen rund, linke etwas größer als rechte, schwach lichtreagierend. Sulcus naso-labialis d. etwas verstrichen. Tremor linguae et manuum. Bizeps-, Trizepsreflex, Periostreflexe des Unterarmes, Sehnenreflexe über den Handgelenken, epi-, meso-und hypogastrische Reflexe schwach. Kremasterreflex vorhanden. Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Traurig verstimmt. Wegen der hochgradigen paralytischen Sprachstörung kann sich der Kranke kaum verständlich machen,



dabei starke Demenz, weshalb auch eine Sensibilitätsprüfung nicht versucht wird.

Vom 11. bis 15. Januar zweimal 50 ccm und einmal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 4 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 14 000 bis 19 200 vor den Injektionen auf 27 300 bis 29 200 nach denselben, die Temperaturen von 36.6 bis 37.3° vor den Injektionen auf 37.2 bis 39.6° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach etwa 4 bis 6 Stunden erreicht.

21. Januar. Nachdem sich am 15. Januar (zur Zeit der letzten Injektion) auf der rechten Brusthälfte eine handtellergroße Infiltration gezeigt hatte, kam es allmählich zu einer kindskopfgroßen Fluktuation. Eine tiefe Inzision, trotzdem auch mit der Sonde bis unter die Brustmuskulatur vorgedrungen wurde, entleerte nur reines dunkles Blut.

29. Januar. Es zeigt sich noch geringe Sekretion; die Wunde beginnt sich zu schließen.

29. Januar. Das Befinden des bisher wilden und megalomanischen Kranken hat sich gebessert, er ist sanfter und gutmütig geworden.

9. Februar. Depressionszustände, welche sich in hypochondrischen und nihilistischen Wahnideen äußern („ich habe keinen Kehlkopf", „er ist mir zum Kopf hinausgegangen") wechseln mit maßloser Megalomanie ab (er ist König, besitzt viele Millionen).

20. Februar. Vorgestern und heute spielte er mit einem Kranken in tadelloser Weise ein schweres Kartenspiel, nur kann er die Points nicht zusammenzählen.

22. Februar. Der Kranke mußte wegen Unruhe auf die Beobachtungsabteilung überführt werden. —

X. E. H., 31jähriger Kaufmann, verheiratet. Aufgenommen am 1. Mai 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

A n a m n e s e: Seine Frau ist seit der fünfjährigen Ehe nie schwanger gewesen. Im 16. und 20. Lebensjahre Gonorrhöe, im 21. Lebensjahre Ulcus; wegen des letzteren lag er in einem hiesigen Krankenhause, doch weiß er infolge seiner Vergeßlichkeit nicht anzugeben, was für Behandlung stattgefunden hat. Die Gedächtnisabnahme besteht seit einem Jahre, Diarrhöe und Schlaflosigkeit seit 6 Monaten. Die Hände zittern schon seit langer Zeit. Den Urin vermag er zu halten, den Stuhl läßt er manchmal unter sich. Im Oktober 1907 wurde er auf einer Klinik mit 10 Enesolinjektionen behandelt.

S t a t u s p r a e s e n s: Von mittlerem Bau, etwas anämisch. Pupillen lichtstarr mit schwacher Akkomodations- und Konvergenzreaktion. Nn. faciales paretisch. Starker Tremor der Zunge, Lippen und Hände. Letztere auch ataktisch. Druck der rechten Hand 16 kg, der linken 20 kg (Mittel aus je zwei Messungen). Dysarthrie. Allgemein gesteigerte Reflexerregbarkeit. Auch der Adduktorreflex am Oberschenkel



ist beiderseits lebhaft und in großer Ausdehnung — von der Tibia, der Mitte der Patella und dem medialen Fußrand — auszulösen.

2×17, 3×21 richtig, dagegen 7×9 = „91"; 5×0 richtig, dagegen 0×5 = „15", dann „25".

Die Handschrift ist ein zittriges, unleserliches Gekritzel. Hochgradige Demenz.

Vom 20. Juni bis 1. Juli neunmal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 9 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 8400 bis 16 000 vor den Injektionen auf 12 000 bis 61 200 nach denselben. Die Temperaturen von 36.0 bis 37.1° auf 37.8 bis 39.4° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

8. Juli. Wird wegen Verschlimmerung des Zustandes der Beobachtungsabteilung überwiesen. —

XI. A. N., 35jähriger Kaufmann, verheiratet. Aufgenommen am 26. Mai 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Vater an „Herzlähmung", Mutter an „Wassersucht" gestorben. Von zwei Geschwistern ist eines gesund, ein jüngerer Bruder schwachsinnig, acht sind früh gestorben, worunter einer blödsinnig war. Seine Frau hat nie abortiert. Zwei Kinder gesund. Er hat in der Jugend Geschlechtskrankheiten gehabt, doch nie Inunktionen gebraucht. Nach Angabe seiner Frau galt er auch im ledigen Stande für beschränkt, hatte über Kopfschmerzen geklagt, wollte nie recht im Geschäft arbeiten, so daß man neben ihm einen Gehilfen halten mußte. Beginn des Leidens vor 3 Jahren mit Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Vergeßlichkeit und Lebensüberdruß. Durch Wochen sprach er nicht und enthielt sich des Essens. Deshalb wurde er vor 1½ Jahren in einem Sanatorium, dann in einer öffentlichen Irrenanstalt untergebracht. Seit 3 Wochen Apathie, abwechselnd mit häufigem Klagen und Weinen, mitunter wirres Zeug sprechend. Nachts sehr unruhig, geht viel herum, uriniert viel, nachdem vorher sogar Incontinentia urinae et alvi bestanden hatte.

Status praesens: Mittelgroß, gehörig entwickelt, ziemlich gut genährt. Pupille rechts größer als links, fast lichtstarr. Die Akkommodationsreaktion ist wegen hochgradiger Demenz nicht zu prüfen. Zittern der Lippen, Zunge und Hände.

Druck der rechten Hand 19 kg, der linken 14 kg (Mittel aus zwei Messungen). Allgemein gesteigerte Reflexerregbarkeit; Fußklonus rechts stärker als links. Adduktorreflex gleichfalls gesteigert, ist von der Tibia, dem inneren Knöchel und Fußfläche auszulösen. Babinski nicht vorhanden. Herzdämpfung etwas vergrößert; Herztöne rein, zweiter Aortenton etwas akzentuiert. Puls 120.

2×4 richtig, 3×8 = „54". Dysarthria paralytica. Die Namensunterschrift ist grob, zittrig, unregelmäßig, zeigt Auslassungen und ist unleserlich.



Vom 5. Juni bis 7. Juli achtmal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 8 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 7600 bis 18 000 vor den Injektionen auf 12 000 bis 49 600 nach denselben, die Temperaturen von 36.1 bis 37.0° vor den Injektionen auf 37.0 bis 39.5° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

11. Juli. Entschiedene Besserung, besonders gilt dies für die Dysarthrie und den intellektuellen Zustand; er spricht schön, ist geordnet und gibt gehörige Auskunft über seine Familienverhältnisse. Er läuft nicht fortwährend auf das Klosett, und er verlangt Papier, was bisher nicht der Fall war.

18. Juli. Auch seine Frau findet ihn frischer, vernünftiger und bedeutend gebessert.

24. Juli . Die Besserung ist eine stetige, er zeigt ein gutes Benehmen, erkennt die Umgebung, ist bezüglich Ort und Zeit gut orientiert, die Monate weiß er gut in umgekehrter Reihenfolge herzuzählen. $7 \times 8$ = erst „48", dann richtig; $8 \times 9$ richtig.

29. Juli. Ein Bekannter, der ihn heute besuchte, findet, daß er jetzt vernünftig spricht, während er früher „verrückt" war, niemand erkannt hatte, jetzt aber ihn schon von 30 Schritten gewahrte.

2. August. Er weiß Jahreszahl, Monat und Tag der Woche anzugeben, doch weiß er nicht, der wievielte Tag im August es ist. Die höheren Sätze des Einmaleins weiß er nicht. Er sehnt sich nach den Seinigen und möchte wieder seine Geschäftstätigkeit aufnehmen. Die Frau findet etwas Kindisches in seinem Benehmen.

16. November. Die zu Beginn der Krankenhausbehandlung bestandene labile Gemütsstimmung und Aufgeregtheit haben gänzlich aufgehört. Er wünscht sich nach Hause, weint auch dann, doch ist er leicht zu beruhigen. Kopfrechnen hat sich etwas gebessert: $7 \times 18$ erst „136", dann richtig; $3 \times 19$, $6 \times 8$ richtig, dagegen $7 \times 9$ = „72", $3 \times 27$ = „97", $17 + 14$ = „52". Auch die Handschrift ist besser geworden, der Kräftezustand hat sich gehoben. Druck der rechten Hand 24 kg, der linken Hand 20 kg (Mittel aus je zwei Messungen). Wird auf eigenen Wunsch entlassen.

Pat., der zu Hause ganz sich selbst überlassen war, begann im Dezember wieder unruhig, aufgeregt zu werden und Größenideen zu bekunden, so daß er am 8. Januar 1909 wieder auf meine Abteilung aufgenommen werden mußte.

Er weiß das kleine Einmaleins, kann die Monate und Tage der Woche in umgekehrter Reihenfolge hersagen, weiß, wieviel Tage jeder Monat hat. Pat. beruhigt sich bald, nach einiger Zeit fängt er jedoch wieder an, nach Hause zu drängen, wird unverträglich und muß am 27. April der Beobachtungsabteilung übergeben werden. —







XII. M. I., 40jährige Näherin, ledig; wurde am 17. Mai 1908 in so hochgradig dementem Zustande eingeliefert, daß eine Anamnese nicht aufgenommen werden konnte.

Status praesens: Pupillen von sehr träger Lichtreaktion. Tremor labiorum, linguae, manuum. Hochgradige Dysarthrie. Patellar- und Achillessehnenreflexe vorhanden.

Vom 27. Mai bis 2. Juli achtmal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 8 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 7600 bis 16 400 vor den Injektionen auf 10 000 bis 35 000 nach denselben; die Temperaturen von 36.5 bis 37.0° vor den Injektionen auf 37.6 bis 40.5° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

25. Juni. Der Tremor der Lippen, der Zunge und der rechten Oberextremitäten hat aufgehört. Die Sprache hat sich gebessert.

Am 11. Juli entzündliche Infiltration und geringe Fluktuation auf der linken Brustseite, die am 13. Juli zur Inzision führte, wobei viel Eiter entleert wurde. Eine Verlötung der Haut hat nicht stattgefunden.

25. Juli. Die zu Besuch gekommenen Geschwister der Pat. finden ihren Zustand gebessert. Dasselbe gibt sie auch von sich selbst an. Die früher apathische Kranke ist nun wohlgemuter und bringt eine und die andere Klage vor, was früher überhaupt nicht der Fall war. So klagt sie weinend über ein stumpfes Gefühl in den Fingerspitzen, desgleichen über Schwäche in den Beinen. Ißt und schläft gut.

27. Juli. Das volle Glas führt sie fast sicher zu den Lippen, während sie früher damit so auf ihren Tisch klopfte, daß man es im andern Gemach hören konnte und die Kranken nachts im Schlafe gestört wurden.

28. September. Ihre in der Provinz lebende Stiefmutter konnte auf unsere Anfrage nur so viel Auskunft erteilen, daß Pat. vor 20 Jahren das elterliche Haus verlassen hatte und vor 4 Jahren, als sie zu Besuch nach Hause kam, noch gesund war. Im Januar 1908 kam sie krank nach Hause, sie benahm sich wie eine Wahnsinnige, lief im Zimmer mit einem Messer herum, und die Mutter konnte deshalb wiederholt ganze Nächte nicht schlafen.

10. Oktober. Pat. sieht frisch aus und ist so wesentlich gebessert, daß sie heute das Krankenhaus verläßt, um in eine Werkstatt, deren Adresse sie auch angibt, als Näherin einzutreten. Das Zittern war zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus so stark, daß man weder eine Schriftprobe noch eine Kraftmessung bei ihr vornehmen konnte, auch war damals aus demselben Grunde die Sprache unverständlich. Jetzt spricht sie verständlich,



nur etwas langsam, auch schreibt sie eine leserliche Schrift. Jetzt kann sie auch rechnen 5×9 prompt, 8×9 ziemlich rasch, 5×12 anfangs „50", dann richtig; 34+9 erst „33", dann richtig; 34+5 prompt; 24+14 erst „36", dann richtig; 27—9 erst „17", dann richtig. Das Datum weiß sie nicht anzugeben, wohl aber den Wochentag; auch weiß sie, wann sie in das Krankenhaus eingetreten ist. —

XIII. I. G., 28jähriger Damenschneider. Aufgenommen am 24. Juni 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr. Lues tertiaria.

Anamnese (zum Teil nach den Angaben seiner Frau). Keine neuro- oder psychopathische Belastung. Vor 4½ Jahren Ulcus, welches 3 Monate zur Heilung brauchte. (Bei dieser Gelegenheit kann Pat. nicht auf das Wort „Monat" kommen.) Er ist seit 17 Monaten verheiratet, und seine Frau hat ihn 1½ Monate vor der Heirat kennen gelernt und an ihm nichts Krankhaftes wahrgenommen. Sie war nie schwanger. Im Oktober und November v. J. bekam er einen Ausschlag auf Brust und Bauch, dann Schmerzen im Kopf und in den Unterextremitäten, Zittern am ganzen Körper und wurde unfähig zu gehen. Nach einer ihm auf einer Klinik verordneten sechswöchigen Schmierkur hörten die Schmerzen auf, und er befand sich so wohl, daß er im Geschäfte anstandlos arbeiten konnte. Seit 1 Monat wieder starker Kopfschmerz, Zittern der Lippen, Unvermögen, zu sprechen, obgleich er weiß, was er sagen will, dabei spricht er auch unverständliches Zeug. Auch kann er jetzt nicht lesen und schreiben, was er früher wohl konnte. Er ist außerordentlich erregbar, so daß er wegen eines geringen, zufälligen Vorkommnisses auf der Straße eine Szene erregte. Leidet seit der Krankheit an erschwertem Harnen und Stuhlverstopfung. Seit 5 Monaten Potenz herabgesetzt. Auch die Frau leidet seit seiner Krankheit an Kopfschmerzen.

Status praesens: Mittelgroß, schwach gebaut und genährt. Pupillen gleich, regelmäßig, auf Licht träge und schwach, auf Akkommodation und Konvergenz gut reagierend. Tremor linguae et manuum. Trizepsreflexe gesteigert (die übrigen Reflexe an den Oberextremitäten zeigen normales Verhalten); die Steigerung betrifft auch die Patellar- und Achillessehnenreflexe. Beiderseits Fußklonus und Babinski, Sohlenreflexe lebhaft. Epi- und mesogastrische Reflexe leicht erschöpfbar, hypogastrische nicht auslösbar. Gang paretisch; Romberg. Keine Sensibilitätstörung. Herzdämpfung normal, Puls 136.

Hochgradige paralytische Sprachstörung sowie anamnestische Aphasie, besonders bezüglich Eigennamen und Zahlen; werden ihm aber die dem Gedächtnis entfallenen Worte genannt, dann werden sie richtig gebraucht. Starke Demenz. 3×6 richtig; dagegen 7×8 = „12", 0×5 = „15", 0×20 = „20", 2×13 weiß er nicht, 11+13 = „15". Weiß das Datum nicht, auch kann er nicht die Monate in umgekehrter Reihenfolge hersagen. Die Schrift unregelmäßig, zittrig, mit Auslassungen und orthographischen Fehlern.

Vom 30. Juli bis 24. August fünfmal 50 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 5 g). Die Leukozyten stiegen von 8600 bis 14000 vor den Injektionen auf 14 000 bis 20 300 nach denselben, die Temperaturen von 36.9 bis 37.6° auf 37.6 bis 40.1°. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

Schon während der Nukleintherapie zeigte sich die Besserung, besonders in der Abnahme des Zitterns. Als aber nach 5 Nukleininjektionen ein pfenniggroßes, gummöses Geschwür vorn an der rechten Tibia entdeckt wurde, zögerte ich nicht, eine Quecksilberkur anzuschließen. Nach 20 Injektionen von 1 cg Sublimat pro die war der Status am 24. Oktober folgender:

Der Kranke, welcher beim Eintritt ins Krankenhaus ganz unverständlich sprach („meine Zunge wollte sich nicht bewegen") und außerdem oft die Worte nicht fand, spricht jetzt schön und klar, findet immer das gehörige Wort, nur vermeidet er schnelles Sprechen, weil dann mitunter das richtige Wort versagt. Zunge und Hände zeigen noch ein feines Zittern, die Parästhesie in den Händen hat aufgehört. Das Lesen und Schreiben, mit dem es anfangs nicht ging, erfolgt jetzt flott. Auch das Doppelsehen, worüber er anfangs geklagt hatte, hat nach sechswöchigem Krankenhausaufenthalt aufgehört. Patellarreflexe gesteigert, beiderseits Fußklonus. Der Kranke, welcher anfangs sich mühsam mit dem Stock bewegte und schwer umkehren konnte, marschiert jetzt frei, doch zeigt er etwas spastischen Gang. Das gummöse Geschwür, welches außerdem noch lokal mit Emplastr. hydrarg. behandelt wurde, ist verheilt. Er verläßt heute auf eigenen Wunsch das Krankenhaus und will in 2 Wochen wieder in Arbeit treten.

Nachträglich berichtet am 1. Dezember seine Frau, daß er sich wohlbefindet, an Körpergewicht zunimmt und seit 3 Wochen anstandlos arbeitet und ebensoviel verdient wie früher. Er ist noch etwas jähzornig, doch zeigt er seiner Frau gegenüber ein gutes Benehmen. —

XIV. I. N., 35 Jahre alt, kaufmännischer Angestellter, verheiratet. Aufgenommen am 21. Juli 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Seit 1 Jahre öfters Druck im Kopf und in der Herzgegend; häufige Erregungzustände und seither bestehende Vergeßlichkeit. Seit 2 Monaten erschwertes Sprechen und Schwäche der Stimme. Klagt gegenwärtig über Mattigkeit und Zittern der Hände. Geschlechtskrankheiten will er nicht gehabt haben, doch macht sein Bruder, der Arzt ist, die Mitteilung, daß er vor 8 oder 10 Jahren wegen Syphilis eine Schmierkur durchgemacht hat. Bis zum 10. Jahre hat er ins Bett genäßt. Schon in der Jugend bekundete er einen Hang zum Lügen, weshalb man selbst in der Familie ihn nicht gern mit etwas betraute. Starker Branntwein-



trinker. Eine Zeitlang war er selbständiger Kaufmann, doch hatte er viel mit materiellen Sorgen zu kämpfen und ging, trotzdem er fleißig arbeitete, zugrunde. 2 Kinder gesund. Seine Frau hat nie abortiert.

Status praesens: Pupillen etwas eng, gleich, auf Licht sehr träge, auf Akkomodation und Konvergenz schwach reagierend. Träge Innervation der Faciales. Zittern der Gesichtmuskulatur, Zunge und Hände. Allgemeine Reflexsteigerung. Verlangsamte Signalisierung der Tastempfindung. Starke Herabsetzung der Schmerzempfindung. Kopfrechnen ziemlich gut, Schrift etwas unregelmäßig, zittrig, mit Buchstabenversetzungen und Auslassungen, doch sollen sich, nach Angabe seiner Angehörigen, die Schriftzüge wenig verändert haben.

Vom 1. August bis 21. September sechsmal 50 ccm, ferner dreimal 75 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 10.5 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 6400 bis 10 700 vor den Injektionen auf 12 000 bis 24 000 nach denselben. Die Temperaturen von 36.9 bis 37.1° auf 37.9 bis 38.9°. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 4 Stunden erreicht.

20. Oktober. Seine ihn besuchende Frau findet ihn bedeutend gebessert, besonders bezüglich der Sprache, auch ist er ruhiger, und das Zittern hat abgenommen. Früher sprach er, wie sie angibt, viel dummes Zeug zusammen, jetzt spricht er vernünftig. Seine Handschrift hat sich wenig geändert.

21. Oktober. Auch sein Oheim bestätigt die erhebliche Besserung seit der Krankenhausbehandlung. Er sieht frischer aus, hat an Körperfülle zugenommen, spricht verständig und bringt nicht, wie früher, alberne Größenideen vor.

25. Oktober. Der Kranke ist seit einigen Tagen unruhig geworden und muß auf die Beobachtungsabteilung überführt werden. —

XV. F. W., 45jähriger Tapeziergehilfe, verheiratet. Aufgenommen am 17. November 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Der Vater endete im 75. Lebensjahre wegen grauen Staares durch Selbstmord. Die Mutter starb im 64. Lebensjahre angeblich an Cholera. Von drei Geschwistern starben zwei früh, eines ist gesund. Seine Frau hat einmal abortiert, sonstige Schwangerschaften hat sie nicht gehabt.

Pat. hat im Jahre 1885 Schanker und Bubonen gehabt. Mäßiger Potus wird zugegeben.

Das gegenwärtige Leiden begann plötzlich im Juli d. J. damit, daß er einen Druck im Kopf verspürte, worauf er auf $^3/_4$ Stunden das Bewußtsein verlor. Dann bekam er heftige Schmerzen in der linken Stirnhälfte, welche auf die ganze linke Kopfhälfte ausstrahlten. Seither wiederholen sich dieselben fast täglich und exazerbieren, besonders in der Nacht, so daß sie ihm den Schlaf rauben. Auf diese Schmerzen folgten etwa fünfmal starke Geistesstörungen, wobei er seine Umgebung nicht



erkannte und verwirrte Antworten gab. Nach Angabe seiner Frau will er in dem Zustande jedermann umbringen.

Status praesens: Kleines, schwachgebautes und -genährtes Individuum. Unter den Reflexen ist die Lebhaftigkeit der Patellar- und Achillessehnenreflexe hervorzuheben. Handschrift etwas unregelmäßig. Kopfrechnen ziemlich gut. Keine Dysarthrie.

Druck der rechten Hand 19.5 kg, der linken Hand 19.5 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Vom 27. November bis 10. Dezember einmal 40 ccm, ferner zweimal 50 ccm und einmal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 4.8 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 7600 bis 10 000 vor den Injektionen auf 10 000 bis 13 600 nach denselben, die Temperaturen von 36.0 bis 37.0° auf 37.4 bis 39.1°. Die Temperaturmaxima wurden nach 6 bis 8 Stunden erreicht.

5. Dezember. Pat. fühlt sich bereits besser, ist kräftiger; Kopfschmerz, Schwindel und Reizbarkeit haben nachgelassen.

13. Dezember. Pat., der mit seinem gebesserten Zustande zufrieden ist und die Injektionskur, vor der er sich fürchtet, nicht mehr fortsetzen will, verläßt heute auf eigenen Wunsch das Krankenhaus. Der linksseitige Kopfschmerz hat aufgehört, zuweilen fühlt er noch etwas in der rechten Kopfhälfte. Auch die Erregbarkeit ist geschwunden. Leichtes Zittern der Zunge, keines in den Händen. Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Rechter Mundfazialis etwas paretisch. Die Sprache etwas schleppend; längere, schwerere Worte werden ziemlich gut ausgesprochen. Der Kräftezustand hat sich bedeutend gehoben.

Druck der rechten Hand 31.7 kg, der linken Hand 25.0 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Pat. wird angewiesen, zeitweise in der Ambulanz sich vorzustellen. Es wird ihm dreimal 0.5 g Sajodin verordnet.

21. Dezember. Da Pat. über Dunkelwerden vor den Augen geklagt hatte, wurde die Augenuntersuchung vorgenommen (Prof. *Goldzieher*):
VOD $^5/_{50}$
V OS $^5/_{70}$ mit + 4.0 D $^5/_{10}$. Akkommodation, Augenhintergrund intakt.

6. Januar 1909. Klagt über etwas Kopfschmerz, doch sonst wohl.

27. Januar. Stand am 4. Januar in Arbeit, doch verließ er sie wieder nach 4 Tagen, weil er Kopfschmerzen bekam, sich matt fühlte und über Kälteempfindungen klagte. —

XVI. I. Me., 30jähriger Eisendreher, verheiratet. Aufgenommen am 1. Oktober 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Von Familienantezedentien ist zu erwähnen, daß von seinen vier Geschwistern eines an Veitstanz leidet, eines an Meningitis gestorben ist und zwei gesund sind. Vor 7 Jahren Ulcus, gegen welches er zweimal Injektionskuren gebraucht hat. Sein einziges Kind ist gesund.





Abortus ist bei der Frau nicht vorgekommen. Nach Angabe der Frau bestehen bei ihm seit 1 ½ Jahren wandernde, reißende Schmerzen im ganzen Körper, besonders aber auch Kopfschmerzen, Schwindel, Stottern, vorübergehende linkseitige Hemiplegien von 10 bis 15 Minuten Dauer, die sich schon viermal wiederholt haben.

Status praesens: Hochgewachsenes, schwach genährtes Individuum. Lippen, Zunge und Hände zeigen einen kurzschlägigen Tremor. Sulcus naso-labialis d. etwas verstrichen. Pupillen weit, rechts mehr als links, erstere auf Licht gar nicht, letztere kaum reagierend, auch keine Akkommodations- und Konvergenzreaktion.

Die Reflexe der Oberextremitäten zeigen nichts Besonderes. Patellar-, Achillessehnen-, Sohlen-, Kremaster- und Bauchreflex erhöht. An den Unterextremitäten Hypästhesie und Hypalgesie. Romberg mäßigen Grades, Herztöne rein, Herzdämpfung normal. Puls 126.

Er hat nur vier Elementarklassen beendet, besuchte hierauf 4 Jahre die Wiederholungsschule 2 Stunden lang am Abend, war aber dann schon erschöpft. Hat wenig Gelegenheit zum Rechnen gehabt.

7 × 9, 5 × 19 richtig; 12 × 12 = „120", später richtig; 13 × 29, 7 × 27 richtig; 13 × 13 sehr langsam, 0 × 5, 0 × 9, 6 × 9 richtig; 3 × 27 = „61", später richtig; 49 + 27 richtig.

Weiß die Monate in umgekehrter Reihenfolge herzusagen.

Handschrift etwas unregelmäßig, zittrig.

Vom 6. Oktober bis 19. November siebenmal 50 ccm, ferner je einmal 75 ccm und 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 10.5 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 6 000 bis 12 000 vor den Injektionen auf 8 000 bis 23 200 nach denselben; die Temperaturen von 36.0 bis 37.4° vor den Injektionen auf 37.4 bis 38.9° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

Am 20. November — 6 Tage nach der letzten Injektion — zeigte sich am linken Hypochondrium eine kleinapfelgroße, druckschmerzhafte Schwellung. Am 26. November wurde die fluktuierende Stelle eröffnet, wobei ein Kaffeelöffel voll Eiter entleert wurde.

5. Dezember. Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Seit 6 Wochen hat das Reißen in den Gliedmaßen aufgehört, desgleichen die Schlaflosigkeit. Keine Sprachstörung. Aufgefordert, trägt Pat. in schöner, klarer Sprache seine Angelegenheiten vor und erläutert den Arbeitsgang in seiner Branche; er wünscht jetzt nach Hause zu gehen und in kurzer Zeit die Arbeit wieder aufzunehmen. Er kann jetzt auch schwierigere Kopfrechnungen ausführen: 8 × 9 richtig, 5 × 19 erst „99", dann richtig, 9 × 17 = „163", dann richtig; 13 × 14 erst „192", dann richtig; 93 + 14 rasch; 87—19 erst „76", dann richtig.



Die Handschrift ist schöner und sicherer geworden.

Pat. wird entlassen mit dem Auftrage, sich zeitweilig vorzustellen. Er bekommt für einige Zeit Jodkalium.

23. Dezember. Befindet sich andauernd wohl, beabsichtigt nach Weihnachten in Arbeit zu treten. —

XVII. I. Ma., 42jähriger Webermeister, verheiratet. Aufgenommen am 3. Oktober 1908. Diagnose: Dem. paral. progr.

Anamnese: Vor 10 Jahren Ulcus, wogegen er keine Quecksilberkur gebraucht hat. Ziemlicher Potus. Seit einiger Zeit unvernünftige Einkäufe und verschwenderische Ausgaben, verdirbt das ihm anvertraute Material.

Status praesens: Schwach entwickelt und genährt, anämisch. Pupillen unregelmäßig, links größer als rechts, Argyll-Robertson. Tremor linguae et manuum. Allgemeine Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe an den Extremitäten. An den Unterextremitäten zeigt sich die Tastempfindung nicht verändert, dagegen besteht hier Hypalgesie.

$5 \times 7$, $6 \times 9$, $9 \times 9$, $4 \times 19$ richtig; dagegen $3 \times 27$ = „74“, $12 \times 12$ = „87“, $6 \times 27$ = „172“ auch wiederholt, $13 + 7$ = „57“, $16 + 21$ = „56“, $0 \times 5$ = „5“, $0 \times 8$ = „8“.

Die Monate werden in umgekehrter Reihenfolge gut hergesagt. Keine Sprachstörung. Starke Euphorie. Mangel jeder Krankheiteinsicht, weiß nicht, weshalb ihn die Frau ins Krankenhaus gebracht hat.

Die Schrift etwas unregelmäßig, mit Buchstabenauslassungen und -vertauschungen.

Druck der rechten Hand 23.5 kg, der linken Hand 22.0 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Vom 9. Oktober bis 16. November fünfmal 50 ccm, einmal 60 ccm, einmal 75 ccm und zweimal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 11.7 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 6 600 bis 12 000 vor den Injektionen auf 7 000 bis 20 000 nach denselben, die Temperaturen von 36.0 bis 37.0 vor den Injektionen auf 37.0 bis 39.7° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach etwa 6 bis 8 Stunden erreicht.

9. Oktober. Pat. ist ruhig, örtlich orientiert, weiß, daß er krank war, und weshalb er im Krankenhause ist, gibt ruhige Auskunft über seine Arbeit als Weber, seinen Kundenkreis, Verdienst usw.

21. November. Handschrift weniger sauber, enthält mehr Fehler und Korrekturen.

$7 \times 9$ = „36“, $6 \times 6$ = „42“, dagegen $3 \times 7$, $5 \times 9$, $7 \times 10$, $3 \times 15$ richtig; $3 \times 27$ sehr langsam.

Grobe Kraft hat abgenommen.

Druck der rechten Hand 17.3 kg, der linken Hand 15.0 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Wegen Unreinlichkeit Überführung auf die Beobachtungsabteilung.

XVIII. L. N., 42jähriger Schreiber, verheiratet. Aufgenommen am 9. Oktober 1908. Diagnose: Dem. paral. progr.

Anamnese: Er stammt aus gesunder, langlebiger Familie. Zwei Töchter sind gesund, zwei Kinder sind früh gestorben, die fünfte Gravidität seiner Frau hat mit Abortus geendet.

Pat. überstand im 12. Lebensjahre einen Typhus von vierwöchiger Dauer. Am 8. Februar 1907 bekam er auf der Stirn links einen mit Fieber einhergehenden Blasenausschlag, der so lange heftig brannte, bis nicht viel gelbes „Wasser" sich daraus entleerte (Herpes zoster?) — daselbst ist auch vielfache Narbenbildung zu sehen. Vor 20 Jahren Gonorrhöe, die in 3 bis 4 Wochen zur Heilung kam. 1895 Ulcus am Penis, das nach 2 Monaten verheilte, wonach er noch durch 2 Jahre mit Jodkalium und Pillen behandelt wurde. (Laut Mitteilung seines behandelnden Arztes, Herrn Kollegen *Franz Székely*, machte er vor 2 Jahren eine antiluische Kur durch.)

Schon seit einigen Jahren ist er reizbaren Charakters geworden. Seit 2 Monaten Schwindel, Übelbefinden, Zittern der Hände, so daß die früher gute Handschrift sich verschlechtert hat, Vergeßlichkeit, so daß er eine Silbe auch zweimal schrieb; er ist düster und menschenscheu geworden. Vor 1 Monat sind an einem Abend Zuckungen in den Gliedmaßen aufgetreten, die sich seither noch zweimal wiederholten.

Status praesens: Hochgewachsen, wohlgebaut und -genährt. Pupillen unregelmäßig, rechts größer als links, Argyll-Robertson; rechtes Kniephänomen fehlend, linkes schwach. Keine Achillessehnenreflexe. Rombergsches Zeichen gering. Etwas breiter Gang, dabei nach vorn schwankend; Dysarthrie, welche seit 2 Monaten wahrgenommen wird. Seit 3 Monaten wird bemerkt, daß er beim schriftlichen Rechnen Fehler macht; jedoch geht das Multiplizieren im Kopfe von zweistelligen mit einstelligen Zahlen ziemlich gut. Dagegen sind: $12 \times 12$ = „136", später „142"; $6 \times 26$ = „146", später richtig; $25 + 43$ = „78", später richtig. Kurzwelliger Tremor der Zunge und Hände. Handschrift etwas zittrig.

Druck der rechten Hand 34.5 kg, der linken Hand 25.5 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

Vom 14. Oktober bis 20. November viermal 50 ccm und fünfmal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 14 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 7600 bis 12 000 vor den Injektionen auf 12 000 bis 18 000 nach denselben, die Temperaturen von 36.0 bis 37.5° vor den Injektionen auf 37.3 bis 39.3 nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach etwa 8 Stunden erreicht.

15. November. Pat. macht nun selbst darauf aufmerksam, daß es mit dem Rechnen schon besser geht.

21. November. Wegen Platzmangels mußte der Kranke heute entlassen werden. Die Kopfschmerzen haben aufgehört,

das Allgemeinbefinden hat sich gebessert, desgleichen das Konzipieren. Größere Subtraktionen und Multiplikationen werden zu Papier gut ausgeführt, ein hie und da gemachter Fehler wird selbst korrigiert.

Druck der rechten Hand 34.5 kg, der linken Hand 33.5 kg (Mittel aus je zwei Messungen).

12. Dezember. Auf Aufforderung berichtet Pat. aus der Heimat, daß er sich sehr wohl befindet. Die Handschrift ist etwas sicherer geworden.

8. April 1909. In einem neueren, längeren Schreiben berichtet er über einen ausgezeichneten Gesundheitzustand, arbeitet seit 15. März, wo er den Dienst wieder angetreten, täglich andauernd 6 Stunden, „zu meiner und meiner Familie Freude". Die Handschrift zeigt eine anhaltend erhebliche Besserung, wenngleich sie, wie er selbst schreibt, noch etwas zittrig ist. Konzept, Kopf- und schriftliches Rechnen sind, wie er schreibt, besser als früher. Kopfschmerz kommt etwa 5 bis 6 Wochen einmal vor, Schwindel wurde bisher zweimal gefühlt. Seitdem er zu Hause ist, hat er um 6 kg zugenommen. —

XIX. S. G., 44jähriger Landwirt, verheiratet. Aufgenommen am 28. Oktober 1908. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Vor 4 Jahren wurde er aus dem Wagen hinausgeschleudert, worauf er 1 Monat bettlägerig war. Seit 3 Monaten Vergeßlichkeit, Kopfsausen, unruhiger Schlaf. Er ist sehr still und gibt keine Antworten. Lues und Potus werden geleugnet. Die Frau hat dreimal abortiert.

Status praesens: Mittelgroß, schwach entwickelt und genährt. Pupillen etwas unregelmäßig, lichtstarr, auf Akkommodation und Konvergenz träge reagierend. Fazialisinnervation beiderseits träge. Lippen- und Zungentremor, rechter Sulcus naso-labialis beim Zähnefletschen verstrichen. Die ausgestreckten Hände zeigen kein Zittern. Hie und da zeigt sich eine leichte Dysarthrie. Stimme etwas tief und rauh. Die Reflexe an den Oberextremitäten herabgesetzt, Bauchreflexe vorhanden, Kremasterreflex nicht auslösbar, Knie-, Achillessehnen- und Sohlenreflexe lebhaft. Sensibilität intakt. Herztöne etwas dumpf.

Kopfrechnen langsam und fehlerhaft. $7 \times 9 =$ „54", $5 \times 8 =$ „64"; $3 \times 27 =$ „51"; $13 + 17 =$ „40"; $9 \times 9 =$ „91"; dagegen $6 \times 5$, $8 \times 10$, $3 \times 5$, $4 \times 5$, $6 \times 6$ richtig. Die Monate weiß er nicht in umgekehrter Reihenfolge herzusagen.

Vom 10. bis 20. November zweimal 50 ccm und einmal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 4 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 9400 bis 12 600 vor den Injektionen auf 20 000 bis 26 200 nach denselben, die Temperaturen von 36.0 bis 36.7° vor den Injektionen





auf 38.0 bis 39.1° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 4 bis 6 Stunden erreicht.

24. Dezember. Pat. befindet sich viel besser, fühlt sich kräftiger; sein Zustand hat sich auch objektiv auffallend gebessert. Namentlich sind Gedächtnis und Kopfrechnen besser geworden. Er weiß jetzt das kleine Einmaleins, 6×12 nach einiger Zeit richtig, 6×19 weiß er nicht, 13+14 prompt, 35+17 nach längerem Nachdenken richtig, ebenso 39—16.

Wird am 24. Dezember auf eigenen Wunsch entlassen. —

XX. I. St., 25jähriger Konfiseur. Aufgenommen am 25. Januar 1909. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

Anamnese: Stammt aus gesunder Familie. Von seinen fünf Geschwistern starb eines im Alter von 26 Jahren an Ileus; die übrigen sind gesund.

Vor 5 Jahren Ulcus, das in 2 Wochen verheilte. Inunktionskuren wurden nicht gebraucht.

Pat., der sonst stets gesund war, bekam im Mai v. J. aus dem Hinterhalt von einem im Geschäft Angestellten, der sich an ihm rächen wollte, einen Stockhieb auf den Kopf. Seither Vergeßlichkeit, erschwertes Sprechen, Schweigsamkeit und allgemeine Schwäche, so daß er nicht mehr arbeiten kann. Seit mehreren Monaten starkes Zittern, seit 6 Wochen Abmagerung und Blässe. Erwacht oft in der Nacht. Mäßiger Trinker. Nach Angabe seines Bruders zeigt Pat. schon seit der Kindheit rasche Ermüdbarkeit und war stets in sich gekehrt.

Status praesens: Untersetzt, mittelmäßig entwickelt und genährt. Rechte Pupille größer als linke, beide auf Licht kaum, auf Akkommodation und Konvergenz etwas besser reagierend. Tremor der Lippen, Zunge und Hände; letzterer grobschlägig. Allgemein gesteigerte Reflexerregbarkeit. Kein Babinski. Die Sensibilität ist wegen der Demenz nicht recht zu prüfen. Dysarthria paralytica. Harn enthält viel Urate. Weiß die Monate in umgekehrter Reihenfolge nicht herzusagen. Einstellige mit zweistelligen Zahlen werden langsam multipliziert; dagegen sind 13+17 = „23", später 30; 12×12 = „120". Handschrift zittrig.

Vom 2. Februar bis 11. März dreimal 50 ccm, zweimal 80 ccm und zweimal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 10,2 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 8000 bis 16 000 vor den Injektionen auf 13 600 bis 22 600 nach denselben, die Temperaturen von 36.2 bis 37.3° vor den Injektionen auf 38.5 bis 39.7° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 6 Stunden erreicht.

Wurde wegen der zunehmenden Lähmungserscheinungen am 29. Mai auf die Beobachtungsabteilung transferiert. —

XXI. I. Ö., 35jähriger Reisender, verheiratet. Aufgenommen am 15. März 1909. Diagnose: Dem. paralyt. progr.





Anamnese: Vater an einem Magenleiden gestorben. Mutter und acht Geschwister gesund. Seit 1 Jahre Kopfsausen, schlechter Schlaf, am ganzen Körper Ameisenlaufen. Mäßiger Trinker. Lues wird in Abrede gestellt.

Status praesens: Pupille links größer als rechts, beide lichtstarr, auf Akkommodation und Konvergenz kaum reagierend. Rechter Sulcus naso-labialis verstrichen. Daysarthrie. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen.

Zweistellige Zahlen werden gut addiert und miteinander, wenn auch langsam, multipliziert, dagegen weiß er die Monate in umgekehrter Reihenfolge nicht herzusagen. Handschrift zittrig, unsicher.

Druck der rechten Hand 25 kg, der linken Hand 20 kg.

Vom 25. März bis 7. Mai fünfmal 50 ccm und einmal 100 ccm 2 prozentiges Natr. nuclein. (zusammen 7 g) subkutan. Die Leukozyten stiegen von 9700 bis 18 000 vor den Injektionen auf 17 400 bis 23 000 nach denselben, die Temperaturen von 36.2 bis 36.8° vor den Injektionen auf 36.4 bis 37.8° nach denselben. Die Temperaturmaxima wurden nach ungefähr 4 bis 8 Stunden erreicht.

12. Mai. Pat. befindet sich wohl. Das Kopfsausen hat nach der 6. Injektion aufgehört. Dysarthrie ist nur noch in geringem Grade vorhanden. Bezüglich der Pupillen-, Patellar- und Achillessehnenreflexe ist keine Veränderung zu konstatieren. Dagegen ist die Handschrift sicherer geworden, der Kräftezustand hat zugenommen.

Druck der rechten Hand 29 kg, der linken Hand 26 kg.

Es besteht noch intellektuelle Schwäche, die sich in langsamem, erschwertem Gedankenablauf und rascherer geistiger Ermüdung äußert. Immerhin hat sich auch das Kopfrechnen gebessert: 2×13, 5×17, 57+23, 134+17 prompt, 9×17 nach längerem Nachdenken richtig; 12×13 weiß er nicht, 89—18 = „69", ein zweitesmal desgleichen; 69—18 = „41", später richtig. Pat. ist jedoch bei der letzten Frage schon echauffiert und ermüdet.

Appetit rege. Libido vorhanden. Da der Zustand des Kranken entschieden gebessert ist, wird er auf eigenen Wunsch entlassen. —

XXII. Bei dieser Gelegenheit will ich ganz kurz eines 40jährigen landwirtschaftlichen Beamten K. W. gedenken, der am 18. Januar 1906 wegen Taboparalyse aufgenommen wurde. Derselbe hatte schon seit Jahren an Schmerzen in den Unterextremitäten, zunehmender allgemeiner Schwäche und Vergeßlichkeit gelitten und war arbeitunfähig geworden. Dieser Pat. bekam auf meiner Abteilung Gesichtsrotlauf, weshalb er am 19. Februar auf eine Isolierabteilung transferiert werden mußte. Das Fieber dauerte vom 10. bis 18. Februar und stieg von 37.9 auf 40° C (die höchsten Temperaturen, 39.8 bis 40°, wurden vom 15. bis 17. Februar ver-



zeichnet). Pat. wurde am 26. Februar wieder zurücktransferiert. Es wurden an ihm auf meiner Abteilung vor dem Ausbruch des Erysipels einmal und nach demselben zweimal Lumbalpunktionen ausgeführt, bei denen insgesamt 117 ccm reiner Liquor unter erhöhtem Druck entleert wurde. Die Benommenheit des Kopfes hat danach aufgehört, und Pat. fühlte sich leichter. Besonders auffällig war aber die Besserung unmittelbar nach dem Erysipel. Pat. war frisch und kräftig geworden, sein Körpergewicht hatte zugenommen, so daß er seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte.

Das Resultat der Nukleinsäure-Behandlung welches in der beigegebenen Tabelle zusammengestellt ist, lautet also folgendermaßen:

| Resultat der Nukleinsäure-Behandlung | Zahl der Fälle | Darunter Fälle mit Lues-, bez. Ulcus-Anamnese | Fälle mit angeblich früher stattgefundener HG-Behandlung |
|---|---|---|---|
| Wesentlich gebessert (d. h. Arbeit- und Erwerbfähigkeit wiedererlangt) | 10 = 47.6% | 4 | 3 |
| Gebessert | 5 = 23.8% | 2 | 2 |
| Ungebessert | 6 = 28.6% | 5 | 2 |
| Zusammen | 21 | | |

Unter 21 Fällen von progressiver Paralyse wurde in 10 Fällen, also nahezu in der Hälfte, eine wesentliche Besserung erzielt, worunter ich die Wiedererlangung der Arbeit- und Erwerbfähigkeit verstehe. In weiteren 5 Fällen wurde eine Besserung erzielt sowohl in subjektiver als in objektiver Beziehung, so daß die Patienten einer Krankenhausbehandlung nicht mehr bedurften, jedoch ihre frühere Leistungfähigkeit nicht erlangt hatten. Es hat also zusammen in 70% der Fälle Besserung stattgefunden. Die übrigen (6) Fälle blieben ungebessert.

Unter sämtlichen Gebesserten (15) sind 6, bei denen Lues bzw. ein Ulcus anamnestisch erhoben werden konnte, und 5 haben früher Quecksilberbehandlung durchgemacht. Unter den letzteren war sogar



einer (Beob. VII, M. B.), der laut Verständigung seines Hausarztes gegen seine Lues mit Quecksilber und Jod intensiv behandelt worden war, ohne daß das fatale Fortschreiten der Paralyse aufgehalten werden konnte. Die Nukleinsäure-Behandlung brachte aber sofort eine Wendung in der Sache. Bei einem andern wesentlich Gebesserten (Beob. XIII, I. G.) war die Besserung infolge der Nukleinsäure-Behandlung schon eingetreten, als ein Gummi am Unterschenkel entdeckt wurde, worauf noch Sublimatinjektionen angeschlossen wurden.

Ganz besonders imponieren bei diesen Besserungen das Aufhören des Zitterns, des Erregungzustandes, die Besserung des Gedächtnisses, des Rechnens, vor allem aber das Schwinden der schweren Dysarthrien, also jenes Symptomes, von welchem seit *Esquirol* der Satz gilt: „L'embarras de la parole est un signe mortel." Übrigens habe ich auf diese Besserungen schon bei meinen Salzinfusionen aufmerksam gemacht.

Da meine erste Nukleinsäure-Behandlung (L. W.), die einen bis heute in voller Erwerbtätigkeit verbliebenen Fall betrifft, seit Juli 1907 datiert, so ist selbstverständlich der Zeitraum ein zu kurzer, um schon von Heilung sprechen zu können. Aber ich glaube, daß auch die bisherigen Erfolge zur Anwendung dieses Mittels auffordern, welches außerdem keine Gefahren darbietet.

Der Zweck dieser pyretischen Methode ist, durch Hyperthermie und Hyperleukozytose und die dadurch gesteigerte Oxydation, die bei progr. Paral. sich bildenden giftigen Stoffwechselprodukte zu zerstören. Da eine Anpassung des Organismus an das Natr. nucl. zu beobachten ist, so steigert man die Anfangdosis 1,0 allmählich um 0,5 bis auf 3,0 und zwar immer dann, wenn keine genügende Wirkung (mindestens 38,5°) mehr erfolgt. Über den definitiven Wert der Methode müssen weitere Untersuchungen entscheiden. Auch muß es sich zeigen, ob zeitweis eine Wiederholung der Behandlung stattzufinden hat.

Daß spontane Remissionen, ja sogar Besserungen bei der Paralyse vorkommen, mitunter sogar ohne alle Eiterung- oder Fieberprozesse, ist ja bekannt[1]), aber ebenso muß zugegeben werden, daß sie relativ

[1]) Einen sehr bemerkenswerten Fall hat unlängst *E. Krell* (Zur Frage der Heilung der Dementia paralytica. Inaug.-Diss. Bonn 1908 S. 31—33) mitgeteilt: Ein 63jähriger Mann, der im Alter von 20 Jahren



selten sind und in diesem Prozentsatze, wie ich sie hier mitgeteilt, nicht zur Beobachtung gelangen. So fand *Margain*[1]) nach einer Zusammenstellung aus der Literatur bis 1905 15 gebesserte Fälle von progressiver Paralyse, denen er zwei eigene Beobachtungen anreihte. Ihm erscheint die Syphilis nicht als alleinige Ursache der Paralyse, und er hält entschieden dafür, daß es Paralysen toxischen Ursprunges gibt, die regressiv sind und von den syphilitischen progressiven Paralysen getrennt werden müssen. Meine Ergebnisse lehren aber, daß ein so scharfer Unterschied bezüglich der Besserungsmöglichkeit zwischen syphilitischem und toxischem Ursprung nicht gemacht werden kann, weil unter meinen 10 wesentlich gebesserten Fällen bei 4 eine Luesanamnese vorhanden war und 3 von ihnen Quecksilberbehandlungen durchgemacht hatten; ein ähnliches Verhältnis zeigen auch meine gebesserten Fälle; demnach haben auch progressive Paralysen mit unzweifelhaft luischer Vergangenheit und ohne vorhergegangene spezifische Behandlung die Chancen, durch die Nukleinsäure-Behandlung gebessert zu werden.

Beobachtung XXII ist eine Bestätigung des günstigen Einflusses, welchen akut fieberhafte Prozesse auf die Paralyse ausüben können.

Meinem Assistenzarzte Dr. *Koloman Keller*, der mich bei diesen Beobachtungen eifrig unterstützt hat, spreche ich meinen besten Dank aus.

(1865) luisch sich infiziert hatte, bekam 29 Jahre später (1894) nach einem mehrwöchigen Erregungzustand eine fast 14 Monate dauernde, mit exorbitanten Größenideen und Euphorie, Intelligenzdefekten, Depressionszuständen, Verwirrtheit und charakteristischen Symptomen einhergehende Psychose. Nach Verschwinden der psychischen Störungen wurde der Kranke mit der Diagnose: „Progr. Paralyse" aus der Irrenanstalt im Oktober 1895 entlassen und im Jahre 1905 zum ersten Male in die medizinische Klinik aufgenommen, woselbst die Diagnose: „Tabes dorsalis" gestellt wurde, während von der früher überstandenen Geistesstörung keine Reste mehr wahrgenommen werden konnten. Therapeutische Eingriffe gegen die Psychose, insbesondere antiluische Behandlung haben nicht stattgefunden; auch hat er Infektionskrankheiten oder Eiterungen nicht durchgemacht. In Anbetracht dessen, daß annähernd 13 Jahre nach dem Abklingen der Psychose verflossen sind, meint Verf.: „können wir wohl nicht mehr von einer Remission reden, sondern müssen eigentlich eine Heilung annehmen".

[1]) *Margain*, Des améliorations dans la paralysie générale. Le progrès médical, 1905 Nr. 27.



# Bemerkungen zu dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch.

Von

Oberarzt Dr. **Otto Juliusburger**, Steglitz.

Wenn ich mich in den nachfolgenden Ausführungen mit dem Vorentwurfe zu einem deutschen Strafgesetzbuch beschäftigen will, so soll dies nicht in einer Kritik des gesamten Vorentwurfes bestehen, sondern ich will nur einen Punkt herausgreifen und an diesen meine Auseinandersetzungen knüpfen. Der Vorentwurf des Strafgesetzbuches beschäftigt sich auch mit der Stellung des Gesetzes zur Trunkenheit, und zwar in § 64 im allgemeinen Teile der Begründung. Voran geht der § 63 mit den Ausführungen über Unzurechnungsfähigkeit und dem neu in das Strafgesetzbuch aufzunehmenden Begriffe der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

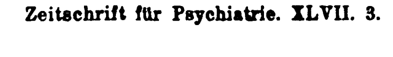
Der Vorentwurf weicht einer Erörterung, ob die deterministische oder die indeterministische Anschauung richtig sei, aus, weil die Austragung dieses Streites nicht in das Gebiet des Strafrechts, sondern in das der Philosophie und Psychologie gehöre. Die wissenschaftliche Meinungsverschiedenheit hierüber könnte für den Gesetzgeber nicht entscheidend sein. Es ist sehr bedauerlich, daß angenommen wird, daß über die Freiheit des Willens noch länger zu streiten sei. Man müßte fast zu der traurigen Annahme gelangen, daß die großen Philosophen, wie Spinoza, Kant, Schopenhauer, Feuerbach, ganz umsonst gelebt und gelitten, gedacht und geschrieben hätten. Schopenhauer hat bekanntlich einen dicken Strich gezogen zwischen den sogenannten Philosophen, die noch immer wähnen, das Märlein vom freien Willen aufrechterhalten zu können, und jenen echten Denkern, welche die Determinierung des Willens erkannt und gelehrt hätten. In seinem klassischen Werke über die Freiheit des Willens hat Schopenhauer eine große Zahl der Denker angegeben, welche von der Unfreiheit des Willens überzeugt waren. Es geht heute wirklich nicht länger an, die Frage nach der Freiheit oder Unfreiheit des Willens noch weiter zur Erörterung zu stellen, sie ist ein für allemal endgültig im Sinne





des Determinismus entschieden. Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch will von der Voraussetzung eines geistigen Zustandes des Menschen ausgehen, der nach der allgemeinen Volksanschauung als ein normaler die Verantwortlichkeit für strafbare Handlungen begründet, und von dieser Verantwortlichkeit nur absehen, soweit dieser Zustand in abnormer Weise ausgeschlossen oder beeinträchtigt ist. Wird dieser Zustand mit der Fähigkeit zu freier Willensbestimmung in Verbindung gebracht, so ist dieser Ausdruck hiernach nicht in metaphysischem Sinne, sondern im Sinne des gewöhnlichen Lebens zu erklären. Nun vermag ich nicht einzusehen, warum man gerade hierin die sogenannte allgemeine Volksanschauung zu einem feststehenden Maßstabe machen will. Es ist doch genugsam bekannt, wie diese Volksanschauung in der Auffassung und Beurteilung seelischer Zustände oft genug fehlgeht und mühsam von den vorgefaßten Meinungen abzubringen ist. Die Volksanschauung ist keine feststehende Größe, sie ist wandlungfähig und unterliegt natürlich der Entwicklung, auf deren Wegen sie vorwärtsgebracht werden muß. Wenn das Volk noch vielfach nicht weiß, wie die großen Denker in Sachen der Willensfreiheit gedacht haben, und noch immer in der theologischen Auffassung des Problems befangen ist, so liegt die Schuld nicht auf seiner Seite, sondern ganz andere Faktoren sind daran beteiligt. Von dem schlecht unterrichteten Volke muß man sich an das besser zu unterrichtende wenden, und bei seinem offensichtlichen Bildungstreben wird es gar nicht schwer fallen, die Volksmeinung von einer Freiheit des Willens umzuwandeln in die Überzeugung von der Gebundenheit aller Willensvorgänge. Wenn man ängstlich den sogenannten metaphysischen Fragen ausweicht, so ist es doch verwunderlich, daß man zäh an dem alten Begriffe der Schuld und Sühne festhält; denn Schuld und Sühne im hergebrachten Sinne haben lediglich theologisch-metaphysischen Charakter. Aber auch in Ansehung dieser Dinge ist die Volksanschauung schon im Wandel begriffen. Zum Beweise der Richtigkeit meiner Auffassung will ich erwähnen, daß der unvergeßliche große Pastor Albert Kalthoff von der Kanzel herab von dem Recht des Verbrechers gesprochen hat. In seinen prachtvollen Ausführungen hierüber heißt es: „Darum ist das das Recht des Verbrechers, daß er geschützt werde gegen die Folgen von Ursachen, die er selber nicht geschaffen, daß es ihm nicht *als Schuld ausgelegt* werde, wenn die Kultur, das Recht, die Sitte, die Vergeistigung des Menschen schneller fortgeschritten ist, als daß er mit seinem zurückgebliebenen Menschenwesen hätte folgen können, und es ist eine der hellsten Geistesblitze, die Nietzsche über unsere ganze Unkultur hat leuchten lassen, wenn er als die Brücke zur höchsten Hoffnung bezeichnet, daß der Mensch erlöst werde von der Rache. Wenn diese höchste Hoffnung sich erfüllt, dann werden unsere Zuchthäuser und Gefängnisse *Krankenanstalten*, *moralische Siechenhäuser*, *moralische Idiotenanstalten*, wo den Unglücklichen, denen das Leben zu schwer wurde,







in das sie hineingeboren waren, die Last erleichtert wird, daß sie in langsamer, aber sicherer Erziehung die Behandlung finden, durch die auch ihre schwachen Schultern sich noch kräftigen und ihre sittliche Ohnmacht angeregt wird zum Guten! Wo der Richter der Arzt wird, der die sichere Diagnose der seelischen Krankheit stellt, und danach das Heilmittel findet, das auf Grund einer tiefen, ausgebildeten Lebenserfahrung gerade diesen Kranken wenn nicht Genesung, so doch Linderung schaffen möchte; wo vor allen Dingen eine rationelle Hygiene die Ansteckungsherde ins Auge faßt, von denen die sittliche Verrohung und Verwilderung ausgeht, damit die Kranken so gepflegt werden können, daß sie nicht länger eine Gefahr für die Gesunden werden." Also der freiheitlich gesinnte *Kalthoff*, der gelernt hat, mit Nietzsche zu reden, Feind zu sagen, aber nicht Bösewicht, Kranker, aber nicht Schuft, Tor, aber nicht Sünder. Als besonders bemerkenswert hebe ich noch hervor, daß der Theologe hier in dem Richter der Zukunft den Arzt sieht, freilich, wie aus seinen Worten hervorgeht, in dem psychologisch, soziologisch, anthropologisch gebildeten Arzt. Der Vorentwurf zum Strafgesetzbuch jedoch meint, es folge aus den Aufgaben des Strafrechts, daß die Gutachten der Sachverständigen nicht allein entscheidend sein, sondern daß sie nur als frei zu prüfende Grundlage der richterlichen Überzeugung dienen dürfen, woraus sich ergebe, daß eine sogenannte biologische Bestimmung des Begriffs der Unzurechnungsfähigkeit beanstandet werden müsse, weil u. a. der Schwerpunkt der Entscheidung damit zu sehr in die Hände der Sachverständigen gelegt würde. Es wird gar nicht in eine Erörterung der biologischen Bestimmung des Begriffes der Unzurechnungsfähigkeit, auf den wir noch zurückkommen werden, eingetreten, sondern er wird einfach von der Hand gewiesen, um nur ja den alten rückständigen Besitzstand, d. h. mit andern Worten: die alte Metaphysik und Theologie, weiter zu konservieren und ja nicht den freien und befreienden Geist einer naturwissenschaftlich-soziologischen Auffassung in das alte Haus einziehen zu lassen.

Unter dem biologischen Begriffe der Zurechnungsfähigkeit verstehe ich mit *Forel* die jedem einzelnen Gegenstand entsprechende Anpassungsfähigkeit des Menschen.

In seiner Schrift über die Zurechnungsfähigkeit des Normalmenschen sagt *Forel*: „Was wir unter Freiheit fühlen und verstehen, ist nicht eine absolute Freiheit ohne Ursachen, sondern eine relative Freiheit, d. h. die Fähigkeit, unser Denken, Fühlen und Handeln an alle äußeren und inneren Verhältnisse möglichst adäquat, d. h. möglichst entsprechend geordnet anzupassen. Jene Anpassung geschieht zwar nicht spontan, nicht ohne Ursachen, sie wird vielmehr durch eine Kombination der äußeren Umstände selbst mit dem in unserem Gehirn aufgespeicherten Schatz der Erinnerungen und vernünftigen Überlegungen bedingt." Ebenso wie die Zurechnungsfähigkeit auf diese Weise aus dem Nebelreiche der Metaphysik, muß auch das Verantwortungsgefühl auf den Boden vorurteilsloser

Naturauffassung gestellt werden. Das wahre Verantwortungsgefühl ist in seiner komplexen Größe ein biologisches, soziales Züchtungsprodukt, aufgebaut aus ererbten und erworbenen Engrammen aus dem gesellschaftlichen Leben. Das Wollen des Ich bricht sich naturgemäß im gesellschaftlichen Leben an dem Wollen des Du. Ludwig Feuerbach sagt in seinem gedankentiefen Aufsatze „Das Prinzip der Sittenlehre": Die Stimme des Gewissens ist ein Echo von dem Racheruf des Verletzten. Das Ich außer mir, das sinnliche Du ist der Ursprung des übersinnlichen Gewissens in mir." Das Verantwortungsgefühl ist der entwicklungsgeschichtlich zu verstehende sozial-ethische Niederschlag aus dem Zusammenleben der Menschen. Der Vorentwurf zum Strafgesetzbuch operiert immer noch mit der alten Frage.: Liegt krankhafte Geistesstörung vor oder nicht? Vom Standpunkt einer biologisch-soziologischen Auffassung aber wird man ohne weiteres einsehen, daß es sich hierbei um eine ganz falsche Fragestellung handelt. In meinem Aufsatze über die Stellung des Psychiaters zur Strafreform[1]) habe ich gesagt: Es wird in Zukunft lediglich zu prüfen sein: welche antisoziale Handlung des Individuums liegt vor? In welchem Grade und in welcher Richtung ist seine soziale Anpassungsfähigkeit gestört? Ist diese Störung eine vorübergehende oder eine dauernde? Wo sind ihre Wurzeln zu suchen? Wie weit sind die vererbten Energien etwa durch Blastophthorie des Keimplasmas hieran beteiligt? Inwiefern ist das ganze soziale Milieu, und zwar im ganzen Umfange dieses Begriffes, zur Erklärung heranzuziehen? Demzufolge ist für mich das kriminelle Individuum eine antisoziale Persönlichkeit und unterliegt in seiner Auffassung und Beurteilung dem Biologen, Psychologen und Anthropologen, gleichgültig, ob er Richter oder Arzt genannt wird. Der Begriff Krankheit ist ja ein völlig mystischer und ist vollständig zu ersetzen durch die klargestellte Frage nach den jeweils vorliegenden Funktionsstörungen und deren biologisch-sozialen Ursachen. Auch *Bleuler* wendet sich gegen den alt hergebrachten Krankheitsbegriff und seine Bewertung für die Entscheidung der vorliegenden Fragen. Ich entnehme *Bleulers* Aufsatze folgendes: „Ist man nicht mehr auf den Begriff der Krankheit versessen, so wird auch klar, was für die fernere Zukunft zu erstreben ist. Man bemerkt, daß die ganze Abgrenzung von zurechnungsfähig und unzurechnungsfähig eine Künstelei ist, für die die Tatsachen keine Anhaltpunkte geben ... Ob einer krank ist oder nicht, ist nur insofern und in den Fällen von Bedeutung, wo man Aussicht hat, eine bestimmte Art Krankheit festzustellen, die uns Anhaltpunkte gibt, wie der Patient am besten zu behandeln ist. Man wird ja aus rein praktischen Gründen mit einem Paralytiker anders verfahren als mit einem „gesunden" Gelegenheitsverbrecher. Die Feststellung der Krankheit ist dann ein Teil der Feststellung des psychiatrischen Tatbestandes, der die Wegleitung zur Behandlung gibt. Hat man z. B. einen moralischen Idioten vor sich,

[1]) *Juliusburger*, Journ. f. Psychol. u. Neur., Bd. 13, S. 82.





so muß man ihn für immer unschädlich machen, ob dann die moralische Idiotie als Krankheit angesehen werden wird oder nicht. (*Bleuler*, Zurechnungsfähigkeit und Krankheit. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie 1909 S. 246.)

Soweit *Bleuler*. Wie weit ich mit ihm übereinstimme, geht zur Genüge aus meinen voranstehenden Darlegungen hervor.

Die Zurechnungsfähigkeit des Menschen kann meiner Überzeugung nach nur gesucht werden vom anthropologischen Standpunkte aus in der sozialen Anpassungsfähigkeit des Individuums an die durch die Umwelt gegebenen Verhältnisse. Der zurechnungsfähige Mensch ist der den jeweiligen Lebensbedingungen der Gesellschaft angepaßte Mensch. Die Störungen dieser Anpassungsfähigkeit können natürlich nach Intensität und Extensität verschieden sein und individuell variieren. Es werden sich also Grade der Anpassungsfähigkeit unterscheiden lassen, und demzufolge könnte man auch in dem hier vertretenen Sinne von verminderter Zurechnungsfähigkeit sprechen. Aber es bleibt doch ein großer Unterschied zwischen der hier vertretenen Auffassung und ihren Konsequenzen und dem Begriffe der verminderten Zurechnungsfähigkeit, wie er im Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch zum Ausdruck kommt. Im Vorentwurfe heißt es:

„Danach sollen von den voll zurechnungsfähigen Personen solche unterschieden werden, deren geistiger Zustand infolge von Krankheit als unter dem Durchschnittsmaße befindlich einzuschätzen ist, welches für die volle oder regelmäßig eintretende strafrechtliche Verantwortlichkeit vorausgesetzt wird."

Ein Individuum, welches sich im Zustande verminderter Zurechnungsfähigkeit befindet, soll nach dem Gesetze, wenn auch nur im minderen Maße, so doch strafrechtlich verantwortlich sein. Man will also solche Individuen zwar nicht des Gesetzes ganze Strenge und Schärfe fühlen lassen, aber sie doch immer noch unter die alten Begriffe von Schuld und Sühne beugen. Aber es scheint, als ob die Verfasser des Vorentwurfes merkten, daß sie hier auf glattem Boden sich befänden, denn sichtlich in Inkonsequenz mit der alten Auffassung von Schuld, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit steht die bemerkenswerte und wichtige Forderung im Vorentwurf, die also lautet:

„Es ist aber weiter auch nötig, auf den geistigen Zustand der vermindert Zurechnungsfähigen bei dem Vollzuge der Strafen Rücksicht zu nehmen, da sie oft einer besonderen, individuellen Behandlung bedürfen,





für den Strafvollzug oft nicht das volle Verständnis haben und unter ihm, wenn er nicht ihren Bedürfnissen entsprechend eingerichtet ist, an ihrer geistigen Gesundheit noch mehr Schaden leiden. Deshalb ist in § 63 Abs. 3 vorgeschlagen, daß Freiheitstrafen an ihnen unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken sind."

Zwar ist durch das Wörtchen „oft" der Hinweis auf eine Einschränkung der Annahme geistiger Störungen und ihrer individuellen Behandlung bei vermindert Zurechnungsfähigen gegeben; jedoch bleibt bedeutsam, daß zugestanden wird, daß vermindert Zurechnungsfähige oft einer individuellen Behandlung in besonderen Anstalten oder Abteilungen bedürfen. Da hier kein besonderer Hinweis auf Irrenanstalten gemacht wird, so folgere ich, daß man in den Strafanstalten besonders für den vorliegenden Zweck eingerichtete Maßnahmen zu treffen gewillt ist. Ich begrüße hierin den ersten Schritt zu der allgemeinen Forderung, daß die Strafanstalten zu sozialen Heilanstalten sich wandeln mögen. Ich werde in meiner Hoffnung auch dadurch nicht eingeschüchtert, daß es in demselben Paragraphen heißt: „Es ist aber nicht zu vergessen, daß Strafanstalten keine Kuranstalten sind, sondern daß in ihnen die Strafe vorherrschen muß." Ich bin überzeugt, daß man diese Inkonsequenz einsehen und endlich von den veralteten Anschauungen von Schuld und Strafe zurückkommen wird.

Der alte Streit über den vermeintlichen Gegensatz von Körper und Geist, Leib und Seele kann wohl in der Hauptsache in den Kreisen der wissenschaftlich denkenden Forscher als erledigt angesehen werden. Die Zeit einer dualistischen Auffassung jener nur in einer Abstraktion bestehenden Gegensätze ist abgelaufen, der Sieg ist einer monistischen Anschauung zugefallen. Aber auch auf dem Gebiete des Erkennens gibt es keine Revolution, sondern waltet die Evolution, die langsam, oft schrittweise, aber sicher vorwärtsdrängende und aufwärtstreibende Entwicklung. Die Auffassung des seelischen Geschehens im Vorentwurf zum Strafgesetzbuch ist noch reichlich durchtränkt und erfüllt mit der dualistischen Vorstellungsweise. Je mehr wir die dualistische Welt- und Lebensauffassung auf allen Gebieten mit allen Konsequenzen überwinden und ablehnen, je mehr wir, der Wirklichkeit folgend, uns mehr und mehr bewußtermaßen auf den Boden des Monismus stellen, um so mehr, um so rascher werden wir auch von den überlieferten Vorstellungen der Schuld und Sühne Abstand nehmen. „Wofür ich keinen Grund weiß," sagt Ludwig Feuerbach, „dafür mache ich den Willen verantwortlich; was ein Fehler meiner Vernunft ist, das rechne ich dem Willen des andern — oft auch dem eigenen

— zur Schuld an; weil ich in meinem Kopfe keinen Zusammenhang finde zwischen dem Menschen und dem Diebe, so finde ich ihn außer mir in dem Strange, woran der Dieb am Galgen hängt.“ Und Feuerbach fährt dann fort: „Glücklicherweise gibt es jedoch noch ein anderes Band zwischen dem Menschen und dem Verbrecher als der Strang des Henkers. Dieses Band ist der Sensualismus oder Materialismus, aber leider! nicht der kriminalistische, der allein von unserer bisherigen Staats- und Kirchendienerphilosophie als wahr und vernünftig anerkannte, ja demonstrierte barbarische Materialismus, welcher den Menschen im Diesseits vernichtet, um dafür seine unsterbliche Seele im phantastischen Jenseits mit einem himmlischen Freudenreich zu entschädigen, sondern der Materialismus, welcher nur aus reiner sensualistischer Liebes- und Lebenslust ins Dasein setzt den wirklichen, sinnlichen, individuellen Menschen, denn Sensualismus und Individualismus ist identisch.“ Also Feuerbach, der große Denker und Gegner des Dualismus von Leib und Seele. Erkennt man diesen Gegensatz nicht an, so muß man konsequenterweise die immer noch herrschende Ansicht von der Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit im hergebrachten Sinne aufgeben und zur rein biologisch-sozialen, kurz anthropologischen Auffassung und Bewertung des Menschen übergehen. Auch die Moral (s. auch *Freuds* Sexualtheorie) stammt nicht aus einer phantastischen Welt des Jenseits, sie ist nicht abzuleiten aus einer hinter der Sinnenwelt sich verbergenden vermeintlichen Welt der Dinge an sich, sondern sie ist tierisch-menschlichen Ursprungs, eine gesellschaftlich erworbene und in der Sozietät sich fortentwickelnde Funktion. Darum sind auch ihre Störungen nur gesellschaftlich zu betrachten und zu bewerten, und es kann daher gar keine moralische Verantwortlichkeit im hergebrachten Sinne geben, sondern lediglich nur eine Störung im gesellschaftlichen Leben auf Grund rein anthropologisch zu fassender Vorgänge. Die alten Begriffe von Schuld und Sühne müssen daher gänzlich fallen.

Gerade die Auffassung von der untrennbaren Einheit von Leib und Seele wird es auch unmöglich machen, die Störungen des Intellekts des Menschen ausschließlich ins Auge zu fassen. Die monistische Auffassung muß auch hier Wandel schaffen. „Der Laie, in forensischen Fällen der Richter,“, sagt *Kraepelin* in seinem Lehrbuch der Psychiatrie, „ist stets weit eher geneigt, Mängel des Verstandes, besonders Wahnideen, für Krankheit zu halten, als die eingreifendsten Störungen im Gemütsleben.“ Von diesem Standpunkte aus werden wir auch den wichtigen Satz des Vorentwurfs zu bemessen haben, der also lautet: „Denn die Beschränkung auf gewisse krankhafte Zustände des geistigen und intellektuellen Lebens schließt eine mißbräuchliche Anwendung auf bloße sittliche Verwirrungen geistig gesunder Menschen, soweit es überhaupt möglich ist, aus.“ Nach unseren kurzen Ausführungen

über die Auffassung von Moral wird es selbstverständlich erscheinen, daß wir eine derartige Trennung zwischen Intellekt und Sittlichkeit, wie sie der Vorentwurf annimmt, ablehnen. Störungen im Gefühls- und Gemütsleben sind genau so aufzufassen und zu beurteilen wie solche im intellektuellen Leben[1]). Den sittlichen Verwirrungen eine Sonderstellung anweisen bedeutet nichts anderes, als in der dualistischen Lebensauffassung befangen bleiben wollen. Die Beurteilung unseres Gefühlslebens ist aber besonders schwierig, weil wir hier an den Pforten zum Eingang in das Reich der unterbewußten Seelenvorgänge stehen. Wir haben zu lange die große Bedeutung der unterbewußten Seelengeschehnisse für unser Oberbewußtsein übersehen und vernachlässigt. Jetzt fangen wir an, immer mehr einzusehen, wie sehr die Wurzeln des Oberbewußtseins in die Tiefe gehen, wo allzuoft die geheimen und eigentlichen Triebkräfte unseres Bewußtseins an der Arbeit sind. Wenn man eine Individualität wirklich begreift, so darf man an ihren unterbewußten Seelenzuständen nicht vorübergehen. Was weiß aber die allgemeine Volksanschauung, auf die sich der Vorentwurf beruft, von diesen Dingen? Rein gar nichts! Und wieviel mehr so viele von den wissenschaftlich Gebildeten! Erst allmählich wenden wir unsere Aufmerksamkeit auch diesen Erscheinungen zu. In diesem Zusammenhange kann ich ja das wichtige Thema nicht erschöpfen, nur eine kurze Bemerkung sei gestattet. Bei einer Reihe von Diebstählen wird man sicherlich bei den Individuen einen guten Intellekt oder wenigstens keine groben Störungen desselben nachweisen können. Man wird auch vergeblich nach Motiven aus der Sphäre des Oberbewußtseins fahnden. Ich erinnere, daß man bei weiblichen Individuen Diebstähle in Zusammenhang zu bringen sucht mit Störungen des Menstruationsvorganges. Eine vertiefte Auffassung der Dinge erbringt aber den Beweis oder läßt es wenigstens als sehr wahrscheinlich erscheinen, daß der Zusammenhang des Vergehens mit sexuellen Vorgängen besteht, jedoch zumeist mit solchen, die ganz im Unterbewußtsein des Individuums liegen. Viele scheinbar unbegreifliche Roheiten, Gewalttaten, Angriffe auf die Person werden wir aufzufassen haben als die Entladung und Transformation dem Individuum selbst oft

[1]) S. d. inzwischen erschienene Werk *Wulffens*: Der Sexualverbrecher, und meine Besprechung desselben im Neurol. Zentralbl. 1910.



unbewußter sadistischer Triebe[1]). Die Reduktion psychischer Gebilde auf geheime unbewußte sadistische — auch masochistische — Regungen ist ein wichtiges, wenn auch vernachlässigtes Kapitel der Psychopathologie. Die herkömmliche Auffassung des Begriffs der Zurechnungsfähigkeit geht vollständig an den Tatsachen und Erscheinungen der unterbewußten Seelenvorgänge vorüber. Nur wenn man noch immer die Macht des Unterbewußtseins verkennt, kann man sich an die überlieferten Vorstellungen von der Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit klammern. Je mehr wir aber die Macht des Unterbewußtseins anerkennen lernen, je weiter wir in ihren Wirkungskreis eindringen, um so mehr werden wir uns von der Determinierung der Erscheinungen des Oberbewußtseins durch das Unterbewußtsein überzeugen. So gilt es, den Menschen in seiner ganzen Tiefe zu ergründen und zu begreifen, die Gesamtbedingungen seines Wirkens verstehen zu lernen, statt Metaphysik — im alten Sinne wohlgemerkt — Anthropologie zu treiben. An dieser Stelle will ich mich mit diesen allgemeinen Ausführungen begnügen und wende mich nun noch zur Erörterung eines speziellen Punktes, nämlich zur Besprechung der Stellung, welche der Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch zur Trunkenheit einnimmt.

Das Strafgesetzbuch will zu dem anerkannten sozialen Übel der Trunksucht Stellung nehmen und hält schon im Interesse der Generalprävention eine stärkere Bekämpfung der Trunksucht durch das Strafrecht für nötig.

„Nach dem gegenwärtigen Stande der Gesetzgebung“ heißt es im Vorentwurf, „entzieht sich eine gewisse Anzahl der in hochgradiger Trunkenheit begangenen strafbaren Handlungen der strafrechtlichen Ahndung vollständig, da Bewußtlosigkeit und damit Unzurechnungsfähigkeit auf Grund des § 51 angenommen werden muß. Zwar ist erfahrunggemäß diese Zahl keineswegs groß, da bei demjenigen, der überhaupt noch strafbare Handlungen zu begehen vermag, sinnlose Trunkenheit meist nicht vorliegt.“

Ich mache schon hier darauf aufmerksam, daß der Nachdruck auf sinnlose Trunkenheit gelegt zu werden scheint. Wir kommen später darauf zurürk. Der Vorentwurf will nun einerseits nicht den Grundsatz der straffreien Unzurechnungsfähigkeit durchbrechen, andererseits aber doch wieder wenigstens gegen die sogenannte sinnlose Trunkenheit strafrechtlich vorgehen. Um nun nach beiden Seiten

[1]) *Juliusburger*, Zur Psychol. der Organgefühle usw. Ztschr. f. Neur. u. Psych. 1910, S. 237.



freie Hand zu haben und der Gerechtigkeit Genüge zu geben, hält er den Grundgedanken, daß durch einen Zustand selbstverschuldeter Trunkenheit eine kriminelle Verantwortlichkeit begründet werden kann, in gewissem Umfange für berechtigt. Der Vorentwurf sagt:

„Wo schon die fahrlässige Verursachung eines rechtswidrigen Erfolgs vom Gesetz unter Strafe genommen ist, kann eine Fahrlässigkeit auch schon in dem Handeln desjenigen gefunden werden, der sich sinnlos betrinkt. Wenigstens würde eine solche Annahme nicht geradezu in Widerspruch zu den Grundregeln der Zurechnung treten und besonders dann berechtigt sein, wenn der Täter wußte, daß er im Trunke zu Ausschreitungen neigt."

Als beachtenswert hebe ich hervor, daß der Vorentwurf ausdrücklich sagt, wenigstens würde eine Annahme von Fahrlässigkeit nicht geradezu in Widerspruch zu den Grundregeln der Zurechnung treten. Man scheint sich also doch hier nicht auf zu sicherem Boden zu fühlen und will durch einen Appell an die sogenannte Rechtsanschauung der Bevölkerung über den tatsächlich vorhandenen Widerspruch und die offenbare Inkonsequenz hinwegkommen. Der Vorentwurf stellt sich auf den Standpunkt, daß es tatsächlich eine selbstverschuldete Trunkenheit gibt, und daß es eine Fahrlässigkeit bedeutet, wenn jemand sich in einen Zustand von sinnloser Trunkenheit begibt. Nun wird ein jeder, der auch nur einigermaßen vorurteilslos die vielfachen Erscheinungen der Alkoholwirkungen betrachtet, zugeben, daß der Begriff der sinnlosen Trunkenheit ein außerordentlich dehnbarer, schwankender, zerfließlicher ist. Dem individuellen Ermessen, dem subjektiven Wähnen ist hier völlige Schrankenlosigkeit gegeben. Es ist bekannt, daß in nicht wenigen Fällen sinnlose Trunkenheit oft ausgeschlossen wurde, wenn das betreffende Individuum noch einen Polizeihelm erkennen konnte. Die Frage, ob es sich um sinnlose Trunkenheit handelt, sollte gar nicht gestellt werden, sondern man sollte lediglich in die Erörterung eintreten, ob und wieweit eine Wirkung des Alkoholgiftes vorliegt. Im speziellen Falle wird es sich darum handeln müssen, nachzuweisen, ob der Alkohol als alleinige Ursache oder ob, wie so oft, neben ihm noch andere Faktoren, wie hereditäre Belastung, individuelle Veranlagung, die Wirkungen des Milieus in des Wortes weitestem Sinne in Betracht kommen. Ist die Ätiologie sichergestellt, sind die direkten, den Hauptausschlag gebenden und die indirekten, auslösend wirkenden Ursachen bekannt, so müssen ihre psychophysischen Folgeerscheinun-

gen ins Auge gefaßt werden. Jeder Einzelfall muß auf das eingehendste rein individuell analysiert werden. Je mehr man diesen Weg konsequent beschreitet, um so mehr wird man zu der Erkenntnis kommen, daß es eine selbstverschuldete Trunkenheit nicht gibt.

Wie ich schon oben eingehend ausführte, sind wir noch zu sehr in der dualistischen Betrachtungsweise befangen und machen uns noch immer nicht klar genug, daß alle psychischen Erscheinungen nicht minder determiniert sind wie die Reihen des physischen Geschehens. Die Annahme einer selbstverschuldeten Trunkenheit durchbricht vollständig das Gesetz der Determination. Ich habe in meiner Arbeit über die Einsichtslosigkeit der Alkoholisten (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905 S. 206 usw.) ausgeführt: „Nicht nur sind die Alkoholisten, sondern die ganze trinkende Gesellschaft ist von überwertigen Vorstellungen, welche von starken Gefühlen getragen werden, erfüllt.“ Ich teilte in dieser Arbeit die Gründe, weshalb alkoholische Getränke genossen werden, in solche individuell-hygienischer und solche sozialer Natur ein. Die individuellen Gründe sind allbekannt, es handelt sich um die weit verbreitete Meinung, daß die alkoholischen Getränke nähren, stärken, wärmen und bekömmlich seien; sie seien notwendig zur Arbeit, weil der Alkohol Kraft spende, anrege und erfrische. Das Individuum trinkt, um die Stunden der Trauer zu verscheuchen, um die Momente des Glücks zu erhöhen, zu verstärken, zu verlängern. Diese Anschauungen sind durch die Stärke der Tradition und des sie täglich neu erzeugenden Beispiels zu einer Macht gelangt, welche heutzutage noch die überwiegende Mehrzahl der sogenannten Kulturmenschen beherrscht. Nicht anders liegt die Sache mit der sozialen Begründung der Trinkgewohnheit. Man will sich nicht ausschließen von der fröhlichen Tafelrunde, man will kein Spielverderber und Eigenbrödler sein, man hat keinen Mut, dem Vorurteile und der Tradition die Stirn zu bieten, man will oder kann den Beruf im alkoholischen Gewerbe nicht aufgeben, man gehört Vereinigungen an, die ihre Geschäfte nur beim Budiker erledigen, man ist in der Wahl von Versammlungen und Vergnügungslokalen von Wirten und Brauereien abhängig, man muß das Geschäft beim Glase Bier oder Wein abschließen; Gelegenheit, Bekanntschaften zu machen, von freien Arbeitsstellen zu hören, mit Gleichgesinnten über wichtige Angelegenheiten zu verhandeln usw., findet man reichlich an den Stätten, wo alkoholische Getränke genossen werden. Der Handel auf der Straße und in Lokalen bringt es mit sich, daß man zum Glase greift. Das ganze Elend der Wohnungnot, die wirtschaftliche Misere treibt die Leute in die prunkenden, wärmeerfüllten, lichtdurchstrahlten Bierhallen; ja bei dem Wohnungelend ist oft noch eine Destille ein wohliger, behaglicher Aufenthalt. Die durch die Schuld der Gesellschaft in weiten Schichten der Bevölkerung bestehende Unkultur, der Mangel an intellektueller und sittlicher Bildung — die Schulen sind vielfach nur Dressur-



anstalten —, die arge Versäumnis, das berechtigte Glückstreben der Massen in menschheitwürdiger Weise durch erhebenden Kunstgenuß zu stillen und zu adeln, alle diese schweren gesellschaftlichen Sünden, die sich hier nur andeuten lassen, bilden den fetten Nährboden, auf dem die Trunkenheit als soziale Erscheinung üppig gedeihen und wuchern kann. Die Überkultur auf der einen Seite erzeugt geistige Leere und Blasiertheit und führt zum Alkoholgenuß; die Unkultur auf der anderen Seite läßt vielfach gesunde Triebe abirren und entarten und treibt ihrerseits gleichfalls zum Alkoholgenuß. Wie kann man angesichts dieser Tatsachen den Mut finden, von selbstverschuldeter Trunkenheit zu sprechen. Gilt nicht auch auf diesem Gebiete der tiefgründige Satz: „Wer sich frei von Schuld fühlt, der werfe den ersten Stein." Je tiefer man sich in das Schicksal eines durch den Alkoholismus entgleisten Menschen vertieft, um so mehr kommt man zu der Überzeugung, die Schuld trifft nicht das Individuum, sondern die Gesamtheit, und so lange eine Trinksitte besteht, kann man sich über diese Folgen nicht wundern. Die Gesellschaft verdient die Alkoholisten, die sie hat, und beklage sich nicht über ihre Vergehen. Eine selbstverschuldete Trunkenheit gibt es ebensowenig wie selbstverschuldete Masern, Scharlach oder Cholera. Versäumt die Gesellschaft, gesunde hygienische Verhältnisse herzustellen, so ebnet sie den Infektionsträgern den Weg, sorgt sie nicht für aufklärende Belehrung in Sachen der Hygiene, so verharren die Leute in der Unsauberkeit und damit in der Empfänglichkeit für die Infektion. Versperrt sich die Gesellschaft der notwendigen Erkenntnis, daß die Trinksitte ein soziales Übel sei, sorgt sie nicht durch Belehrung dafür, daß die Einsicht von der völligen Entbehrlichkeit der alkoholischen Getränke Gemeingut wird, entzieht sie nicht durch gesunde wirtschaftliche Reformen dem Alkoholismus seinen Nährboden, düngt sie ihn gar noch durch eine unsinnige Steuergesetzgebung, so darf sie sich nicht wundern, wenn das Alkoholübel fortwuchert.

Wenn ich von Schuld der Gesellschaft spreche, so übertrage ich nicht etwa nun auf diese die von mir für das Individuum abgelehnten alten theologisch-metaphysischen Vorstellungen von Schuld und Sühne; unter gesellschaftlicher Schuld verstehe ich einen Entwicklungsrückstand, ich fasse auch sie nur biologisch-soziologisch auf. Wenn jemand von selbstverschuldeter Trunkenheit redet, so beweist er nur damit, daß ihm die Alkoholfrage in ihrer Gesamtheit und in ihrer mannigfachen Verknüpfung mit der ganzen sozialen Struktur der Gesellschaft ein Buch mit sieben Siegeln ist.

Ich kann also keine selbstverschuldete Trunkenheit anerkennen. Was sieht nun aber der Vorentwurf für die Fälle von Trunkenheit vor, welche er nicht unter den Begriff der ausgeschlossenen Zurechnungsfähigkeit gefaßt wissen will? Ist eine strafbare Handlung auf Trunkenheit zurückzuführen, so kann nach dem Vorentwurf das Gericht neben der Strafe dem Verurteilten den Besuch der Wirtshäuser auf die



Dauer bis zu einem Jahre verbieten. Ich glaube, daß sicherlich in den größeren Städten die Durchführung einer solchen Anordnung gar nicht möglich sein wird. Wie denkt man sich denn die Überwachung des Verbotes? Liegt nicht die Gefahr außerordentlich nahe, daß ein gefährliches Spionagesystem, vielleicht auch Erpressertum gezüchtet werden wird? Ferner habe ich schon oben bei der Aufzählung der sozialen Veranlassungen der Trunkenheit darauf hingewiesen, wie sehr die Menschen mit dem Wirtshausleben verbunden sind, wie vielfach das Geschäftsleben im Wirtshause seinen Anfang, seine Fortsetzung oder seinen Abschluß findet. Auch aus rein materiellen Gründen wird es ganz unmöglich sein, die Leute vom Wirtshausverkehr fernzuhalten. Dies wäre erst möglich, wenn wir die notwendigsten wirtschaftlichen Reformen erreicht hätten. Heutzutage ist das Wirtshaus eben ein integrierender Faktor unseres Kulturlebens geworden. Es kommt darauf an, die Trinksitte zu brechen und in den Wirtshäusern gute alkoholfreie Getränke zu verabreichen[1]). „Ist Trunksucht festgestellt," so heißt es im Vorentwurf, „so kann das Gericht neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe die Unterbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilanstalt bis zu seiner Heilung, jedoch höchstens auf die Dauer von zwei Jahren anordnen, falls diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen." Aus der von mir vertretenen Anschauung heraus wird man es begreifen, daß ich die Verhängung einer Strafe ablehne. Erst strafen und dann heilen wollen, das ist denn doch wohl eine Inkonsequenz, oder nur der Versuch, zwei einander sich ausschließende Anschauungen durch einen Kompromiß miteinander zu vereinigen. Dagegen wird man dem Vorentwurf im vierten Abschnitt betreffend Strafausschließungs- und Milderungsgründe, § 65, prinzipiell zustimmen können. In diesem § 65 heißt es:

„Wird jemand auf Grund des § 63 Abs. 1 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder auf Grund des § 63 Abs. 2 zu einer milderen Strafe verurteilt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung.

[1]) *Juliusburger*, Alkoholfreie Ersatzgetränke, Med. Ref. 1910, Nr. 12/13.

Der Vorentwurf weist hier auf eine tatsächlich vorhandene Lücke in der Gesetzgebung hin, die bisher von verschiedenen Standpunkten aus als peinlich und baldiger Ausfüllung bedürftig empfunden wurde. Ich habe wiederholt auf die Unhaltbarkeit der Zustände hingewiesen, die sich daraus ergeben, daß in einer großen Anzahl von Fällen die Anwendung des § 51 dem Individuum keinerlei Beschränkung seiner Freiheit, keinerlei Eingriff in seine antisoziale Persönlichkeit einträgt.

In meinem Aufsatze „Die Stellung des Psychiaters zur Strafreform", Journal für Psychologie und Neurologie Bd. 13 S. 866, sagte ich: „Gerade weil wir die rächende Strafe grundsätzlich verwerfen, dagegen die Heilerziehung und Heilbehandlung bezüglich Verwahrung der kriminellen Individuen beanspruchen, müssen wir es selbst als eine unglaubliche Verirrung ansehen, wenn bei Zubilligung des § 51, wenn auch nur in einer gewissen Anzahl von Fällen, dem Individuum nunmehr das Recht zuerkannt wird, weiter ungehindert und unverändert, womöglich in denselben Lebensverhältnissen verbleibend, zu schalten und zu walten. In diesem Gedankengange ist es auch nicht recht verständlich, warum mildernde Umstände befürwortet werden sollen".

Die Gewährung mildernder Umstände steht und fällt mit der Aufrechterhaltung bzw. Verwerfung der alten Begriffe von Schuld und Strafe. Stellt man sich dagegen in Konsequenz des oben dargelegten Standpunktes auf den Boden der Forderung einer Heilerziehung bzw. Verwahrung der antisozialen Individuen, so kann selbstverständlich zu ihrer Durchführung nur eine unbestimmte Zeit ins Auge gefaßt werden, deren Umgrenzung lediglich von der genauesten Kenntnis der in Frage stehenden Persönlichkeit und ihres Verhaltens im Laufe der Beobachtung und Behandlung erst gewonnen werden kann. Jedenfalls ist anzuerkennen, daß der Vorentwurf wenigstens für eine Gruppe von Fällen trotz erfolgten Freispruchs eine Verwahrung als notwendig hinstellt. Dagegen kann ich es nicht begreifen, warum der Vorentwurf folgende Ausnahmen von den anzuordnenden Maßnahmen präventiver Natur gelten lassen will. Im allgemeinen Teile des Vorentwurfs S. 158 heißt es:

Gegen diejenigen, welche sich nur bei besonderen Gelegenheiten betrinken und dann im Rauschzustande strafbare Handlungen begehen, können selbstverständlich in ihre Freiheit tiefer eingreifende Maßnahmen, um sie vor solchen Exzessen zu bewahren, nicht angewendet werden. Auch daran, sie zur völligen Enthaltsamkeit zu verpflichten, ihnen ein allgemeines Trinkverbot aufzuerlegen und dessen Übertretung mit Strafe zu bedrohen, kann nicht gedacht werden; ein solches Verbot würde nicht bloß praktisch undurchführbar sein, es würde auch den Anschauungen über das Selbstbestimmungsrecht der Persönlichkeit widerstreiten.



Über die vermeintliche Undurchführbarkeit derartiger Maßnahmen werde ich mich gleich nachher äußern. Zunächst wende ich mich nur gegen das hier aufgestellte Prinzip. Es ist gar nicht einzusehen, warum diejenigen Individuen, welche infolge einer gelegentlichen Alkoholisierung antisoziale Handlungen begehen, nicht ebenso einer gesellschaftlichen Repression sich unterwerfen sollen wie diejenigen Individuen, welche infolge chronischer Alkoholisierung ihrer Gehirne antisozial werden. Wenn auch derartige Individuen nicht den unfruchtbaren Geist der Rache zu spüren bekommen sollen, so müssen sie gleichwohl die vorbeugende und vorsorgende Vernunft kennen lernen. Nicht nur gleiches Recht für alle muß die Forderung lauten, sondern auch prinzipielle Repression gegen jedwede antisoziale Handlung. Schutz der Gesellschaft ist zwingende Notwendigkeit, an dem Wohle der Gesellschaft liegt die unübersteigbare Grenze des sogenannten Selbstbestimmungsrechts der Persönlichkeit.

Nun ein Wort über die praktischen Maßnahmen, die hierbei in Frage kommen. Der Vorentwurf sieht neben den Freiheitstrafen eine Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt vor; außerdem heißt es im allgemeinen Teil S. 160:

Sodann aber kann die Heilung bei längere Zeit dauernden Strafen schon durch deren Vollzug erwartet werden, besonders wenn bei der Strafvollstreckung künftighin noch mehr, als es bereits der Fall ist, auf eine zweckentsprechende Behandlung dem Trunke ergebener Gefangener Bedacht genommen wird.

Dieser Gedanke ist an sich gut; denn hier liegt die Möglichkeit vor, daß auf dem Wege der Entwicklung und allmählichen Umwandlung die Strafanstalten aus unfruchtbaren, ihre Aufgaben häufig nicht lösenden, vielmehr das wahre Ziel verfehlenden Internierungsinstituten zu zweckvollen, vernunftgemäßen, kausal wirkenden Anstalten für Heilerziehung sich gestalten werden.

Darüber habe ich mich wiederholt geäußert und in meinem Aufsatze „Die Stellung des Psychiaters zur Strafreform" gesagt: „Da wir aber bis auf weiteres noch mit dem alten Strafsystem zu rechnen haben, Gefängnis und Zuchthäuser noch auf Zeiten hinaus trotz Vernunft, Humanität und Kultur sich nicht in Heilerziehungshäuser verwandeln werden, so wollen wir die Forderung aufstellen, die auch in den heutigen Verhältnissen verwirklicht werden kann, daß man die internierten alkoholistischen Kriminellen in den Strafanstalten den Prinzipien unterwirft, welche die Wissenschaft zum Heile des Individuums, zum Schutze der Gesellschaft aufgestellt hat,

nämlich: man versuche es, die Internierten zur Abstinenz zu bringen.“ In meinem Aufsatze zur Behandlung alkoholischer Delikte (Psychiatrisch-neurologische Wochenschr. 1906 S. 156) führte ich aus: „Abstinente Ärzte und Lehrer sollten zur Behandlung und Erziehung der Häftlinge herangezogen werden. Es versteht sich von selbst, daß der Alkoholgenuß aus Strafanstalten radikal zu verschwinden hat. Schon während des Aufenthalts in der Strafanstalt sollte die Verbindung mit Enthaltsamkeitsvereinen angeknüpft werden. Die Fürsorge für entlassene Häftlinge soll sich auch darauf erstrecken, daß dieselben nach ihrer Entlassung sofort in Enthaltsamkeitsvereine eintreten.“ Ich habe auch in meinem Aufsatze zur Behandlung der forensischen Alkoholisten (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie 1907 S. 398) darauf hingewiesen, daß die Enthaltsamkeitsvereine durch ihre eigentümliche Organisation eine Beaufsichtigung über die Persönlichkeiten durchzuführen in der Lage wären.

Damit komme ich auf die Meinung des Vorentwurfs, daß man nicht daran denken könne, Individuen, welche durch gelegentliche Alkoholisierungen strafbare Handlungen begehen, zu völliger Enthaltsamkeit zu verpflichten. Ich halte im Gegensatz zum Vorentwurf diesen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Persönlichkeit für durchaus geboten, denn es handelt sich hier um eine Maßnahme, gleich segensreich für das Individuum wie für die Gesellschaft. Die Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken wirkt nur förderlich und heilsam. Liegen die Dinge so, daß ein alkohol-kriminelles Individuum nicht in eine Trinkerheilanstalt oder Irrenanstalt gebracht zu werden braucht, so sollte ihm allerdings vom Gerichte der Auftrag zuteil werden, einem Enthaltsamkeitsvereine sich anzuschließen. Die Gesellschaft hat ohne weiteres das Recht, durch ihre gesetzlichen Vertreter diese Forderung zu stellen. In jüngster Zeit haben sich in großer Zahl Fürsorgestellen für Alkoholkranke gebildet, und ich halte es für eine der wichtigsten Bestrebungen dieser Fürsorgestellen, daß sie die Beratung und Förderung gerade der Individuen in ihren Wirkungskreis ziehen, welche sich zwar antisozial betätigt haben, aber doch noch, wenn auch nur versuchsweise, in keine Heilanstalt untergebracht zu werden brauchen[1]). Der Vorentwurf hat es ja als seine Absicht erklärt, auch dem Alkoholmißbrauch gesetzgeberisch Einhalt zu tun. Hier ist ein Weg gegeben, man wende sich nur an die rührigen, stets opferwilligen Enthaltsamkeitsvereine und sorge dafür, daß sie eine recht

[1]) *Juliusburger*, Zur Frage der Unzurechnungsfähigkeit usw. Med. Klin. 1910, Nr. 14.

kräftige materielle Staatshilfe erfahren. Im Vorentwurf ist aber auch, wie bereits hervorgehoben wurde, die Unterbringung in Trinkerheilanstalten vorgesehen. Bei der großen Zahl der kriminellen Alkoholisten, welche eine Unterbringung in Heilanstalten benötigen, reichen diese gegenwärtig gar nicht aus. Schon lange ist ja die Forderung nach Trinkerheilanstalten erhoben worden, aber bisher fand diese Forderung noch kein Echo. Ich glaube, wie ich das wiederholt ausgeführt habe, werden noch auf lange Zeit antisoziale Alkoholisten in Irrenanstalten Aufnahme finden müssen. In den Irrenanstalten muß aber die Erkenntnis Platz greifen, daß die bisherigen Mittel, Alkoholkranke zu behandeln, nämlich sie einfach zu internieren und der üblichen Anstaltbeschäftigung sich widmen zu lassen, unzulänglich sind.

In meiner Arbeit zur Lehre von der Einsichtslosigkeit der Alkoholisten (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905 S. 209) äußerte ich mich hierüber: „Um es mit einem Worte zu sagen, wir müssen das Prinzip der Trinkerrettungsvereine — und ich habe hier lediglich den Guttemplerorden im Auge — in die Irrenanstalten zu versetzen suchen. Es müssen dem Wesen der Irrenanstalt angepaßte Bestrebungen in die Irrenanstalt hineingebracht werden, indem zugleich auf Gefühl und Verstand eingewirkt wird. Die Belehrung, mit der Kunst im Bunde, soll unter Führung der Ethik ihre Kraft entfalten."

Wenn wir offen und ehrlich gegen uns selbst sind, müssen wir sagen, daß die Psychotherapie in den Irrenanstalten erst im Keime vorhanden ist; ihr rationeller Ausbau ist eine der dringendsten, notwendigsten Aufgaben, die wir sofort in Angriff nehmen müssen. Gerade die Behandlung der Alkoholisten weist hier auf ein weites Feld fruchtbringender Tätigkeit. Die Kollektivbehandlung muß einer fein abgestimmten, individuell nuancierten Behandlung Platz machen. Ebenso wie wir uns mit den somatischen Heilmethoden aufs genaueste vertraut machen müssen, haben wir auch die Mittel und Wege einer Psychotherapie kennen zu lernen. Wenn wir Irrenärzte weiter wie bisher den äußerst wertvollen Prinzipien der Enthaltsamkeitsvereine aus dem Wege gehen oder sie nur wie vom Hörensagen zu unserer Kenntnis bringen, so brauchen wir uns nicht über unsere Mißerfolge in der Behandlung der Alkoholkranken zu wundern. Kommen wir hier zur Erkenntnis und Einsicht, dann wird auch die Tatsache verschwinden, daß so wenige Irrenärzte auch für ihre Person Verständnis für die soziale und nationale Sache der Enthaltsamkeitsbewegung haben.

---





# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 85. Sitzung des Vereins Ostpreußischer Irrenärzte am 4. Dezember 1909 zu Breslau in der Kgl. Psychiatrischen Klinik.

Anwesend die Herren *Berthel*-Rybnik, *Bonhoeffer*-, *Casten*-, *Chotzen*-Breslau, *Dresen*-Lüben, *C. S. Freund*-Breslau, *Fuchs*-Leubus, *Georg*-Breslau a. G., *Hayn*-Beuthen, *Heilemann*-Bunzlau, *Jirzik*-Ziegenhals, *Kahlbaum*-Görlitz, *Klieneberger*-Breslau, *Konietzny*-Rybnik, *Kramer*-Breslau, *von Kunowski*-Leubus, *Kutner*-, *Langer*-Breslau, *Loewenstein*-Obernigk, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*-Breslau, *Petersen*-Brieg, *Plattner*-Breslau, *Przewodnik*-Tost, *v. Raven*-Leubus, *Reissenberger*-Hermannstadt a. G., *Rother*-Brieg, *H. Sachs*-, *Schlesinger*-Breslau, *Schmidt*-Obernigk, *Schroeder*-Breslau, *v. Schuckmann*-Lüben, *Schütze*-Tost, *Seemann*-Plagwitz, *Sombold*-Leubus, *Stertz*-, *Stoecker*-Breslau, *Stoewesand*-Kreuzburg, *Vix*-Breslau, *Wende*-Kreuzburg, *Wicht*-Plagwitz, *Ziehm*-Lüben.

I. Vor der Tagesordnung: Herr *H. Sachs*-Breslau berichtet über eigenartige Erfahrungen, welche er neuerdings bei der Erstattung der liquidierten Gebühren für gerichtliche Gutachten gemacht hat, und beantragt die Annahme der folgenden Resolution:

1. Bei der Überschreitung des Mindestsatzes der Gebühr für ärztliche schriftliche Gutachten erscheint eine besondere Angabe der die Überschreitung rechtfertigenden besonderen Umstände dieser Verrichtung in der Liquidation dann überflüssig, wenn diese besonderen Umstände aus dem Gutachten selbst, insbesondere seiner Art und seinem Umfange, ohne weiteres ersichtlich sind.

2. Der für die Herstellung des Gutachtens erforderliche Zeitaufwand erscheint als ein völlig ungeeignetes Maß für die Bewertung des Gutachtens und die Bemessung der Höhe der Gebühr. Das Verlangen der Angabe der auf die Herstellung des Gutachtens verwendeten Zeit, d. h. der genauen Kontrollierung wissenschaftlicher Tätigkeit mittelst der Uhr, erscheint gegenüber dem Charakter eines schriftlichen Gutachtens als einer wissenschaftlichen Ausarbeitung nicht angemessen.

3. Wenn an der Angemessenheit der Höhe der verlangten Gebühr Zweifel erhoben werden, erscheint als der einzig einwandfreie Weg einer





sachgemäßen Festsetzung der Gebühr die im Gesetz vorgesehene Einforderung einer Begutachtung des Regierungspräsidenten, die auf Grund einer gutachtlichen Äußerung des zuständigen beamteten Arztes abgegeben wird.

Die Resolution wird beschlossen und Herrn *Sachs* das weitere Vorgehen in der Sache bezw. die Verwertung der Resolution überlassen.

II. Vorträge.

Herr *Schröder*: „Hirnrindenveränderungen bei amyotrophischer Lateralsklerose." Demonstrationsvortrag.

(Erscheint in erweiterter Form im Journal für Psychologie und Neurologie.)

Herr *Heilemann*: „Blutuntersuchungen bei Dementia praecox."

(Siehe S. 414 dieses Heftes.)

Diskussion. — Herr *Neisser*: Wenngleich größte kritische Vorsicht am Platze ist und Nachprüfungen dringend gewünscht werden müssen, ist es doch als auffällig zu bezeichnen, daß die ausgeprägten klinischen Fälle auch hinsichtlich des Blutbildes übereinstimmten.

Herr *Kramer* (Breslau): Demonstration eines Falles von reiner Wortblindheit.

Der 60 jährige Kranke erlitt im März 1909 einen Schlaganfall. In der ersten Zeit bestanden ausgesprochene Symptome von Seelenblindheit und erhebliche Erschwerung der Wortfindung. Bei der Aufnahme (sechs Wochen nach dem Anfall) in die Klinik wurde konstatiert rechtseitige Hemianopsie, Alalie, sowohl litteral, als auch verbal, Erschwerung der Wortfindung von allen Sinnesgebieten aus. Seelenblindheit war nicht mehr nachweisbar, jedoch bestand noch eine Erschwerung der räumlichen Orientierung und der optischen Wahrnehmung von Formen. Auf sprachlichem Gebiete war außer der amnestisch-aphasischen Störung nur eine Erschwerung des Buchstabierens vorhanden; Sprachverständnis war gut, ebenso das Schreibvermögen. Seitdem ist insofern eine Besserung eingetreten, als der Kranke jetzt alle Buchstaben mit Ausnahme der seltenen erkennt; ferner liest er gelegentlich kürzere Worte richtig; längere Worte oder Sätze zu lesen, ist er noch immer nicht imstande. Die Wortfindung hat sich ebenfalls etwas gebessert, ist jedoch noch immer erschwert. Vortr. ist der Meinung, daß die Alexie zustande kommt durch die Summation der an und für sich leichten optischen Störungen mit den ebenfalls geringen Ausfällen auf sprachlichem Gebiete.

Diskussion. — *Förster*, *Bonhoeffer*, *Freund*.





Herr *Stertz*: „Eigenartige epileptische Psychose."

M. I. 25 Jahre, cand. phil., seit dem 18. Januar 1909 in der Klinik.

Hereditäre Belastung war nicht nachweisbar. Pat. hatte mit 8 Jahren im Anschluß an Scharlach den ersten Krampfanfall. Seitdem öfter kurze Absenzen, besonders seit dem 16. Jahr. Mit 21 Jahren wieder ein schwerer Krampfanfall, seitdem bis Anfang 1909 noch 3 weitere. Auf psychischem Gebiet hypochondrische Anwandlungen, Gedächtnisschwäche. Machte aber sein Abiturium zu rechter Zeit und studierte dann Philologie. Gegen Alkohol intolerant.

Bei der Aufnahme sehr förmlich, korrekt, umständlich, etwas manirierte Art zu sprechen und sich zu bewegen. Viel hypochondrische Klagen. Opium-Bromkur. Vom 20.—24. Januar psychotische Episode. Pat. war verstimmt, ablehnend, hatte Neigung zu krankhafter Eigenbeziehung, Todesgedanken, Giftfurcht. Zugleich psychomotorische Symptome: sonderbare Haltungen, Verbigerationen, manirierte Art sich zu bewegen in höherem Grade als zuvor, gelegentlich stereotype Bewegungen. Im Anschluß an einen angenehmen Traum Umschlag in eine heitere Stimmunglage. Empfindungspiegelung, die Situation schon einmal erlebt zu haben. Am 24. Januar Abklingen der psychischen Störungen unter guter Erinnerung und Einsicht. 10 Tage gleichmäßig, zufrieden, zuversichtlich, sehr fleißig. Dann allmählich wieder verstimmt, hypochondrisch, Neigung zum Querulieren. Anscheinend vereinzelte Gehörstäuschungen sowie krankhafte Eigenbeziehungen. Anfang März nahm die Verstimmung zu, es traten massenhafte Gehörstäuschungen auf, die P. selbst als Stimmen bezeichnete und örtlich ziemlich genau lokalisierte, zum kleineren Teil auf die Umgebung projizierte. Die Stimmen hatten zunächst vorwiegend beschimpfenden Inhalt, warfen ihm Jugendsünden vor, sprachen gegen ihn und seine Familie die beleidigendsten Verdächtigungen aus. Später hatten sie je nach der Stimmung gleichgültigen, manchmal auch angenehmen Inhalt, Reminiszenzen, seine eigenen Gedanken wurden laut, er wurde examiniert, bestand das Examen. Das Realitätsurteil schwankte, zuweilen — in ruhigeren Zeiten — erkannte er die Sinnestäuschungen als solche. Neben den akustischen traten besonders in traumhaften Benommenheitzuständen auch optische visionäre Täuschungen auf, gelegentlich sprach er von scharfen Gerüchen nach Chloroform und dergleichen. Klagen über körperliche Mißhandlungen, die wohl ebenfalls hypochondrischen Sensationen in traumhaften Zuständen ihre Entstehung verdankten, kehrten häufig wieder. Überhaupt nahmen hypochondrische Sensationen neben den akustischen Halluzinationen eine dominierende Stellung ein. Wohl auf der Grundlage der nach außen projizierten Sinnestäuschungen hatte P. viel Beeinträchtigungsideen gegen die Umgebung. Er war sehr verstimmt, mürrisch, ablehnend, antwortete wochenlang auf Fragen nur mit einigen gereizten Worten oder gar nicht. Monatelang neigte er infolge seiner außerordentlichen Reizbarkeit sehr zu motorischen





Entladungen, Schimpfparoxysmen, Tätlichkeiten gegen die Umgebung unter starker Kongestion oder Blässe. Mit dieser Stimmunglage wechselten — selten — euphorische Zustände ab, in denen es auch zur Produktion von Größenideen (würde Bürgermeister werden) kam. Einigemal wurden Zustände einer triebartigen Lustigkeit mit lautem Singen und Pfeifen, oft begleitet von rhythmischen Bewegungsäußerungen beobachtet. Psychomotorische Symptome traten überhaupt episodisch auf in Gestalt von stereotypem Klatschen an die Wand, Schlagen des eigenen Körpers, rhythmischen Rumpfbewegungen, Verbigerieren, Trennen der Silben, parakinetischen Haltungen. Neben diesen episodischen hyperkinetischen Erscheinungen war dauernd eine Unfreiheit und Maniriertheit des Benehmens und des sprachlichen Ausdrucks zu bemerken. Das Bewußtsein war für gewöhnlich (abgesehen von gelegentlicher traumhafter Versunkenheit) frei, die Auffassung nicht erschwert, die Reaktionszeiten nicht verlangsamt, die kombinatorischen Leistungen nicht beeinträchtigt. Die örtliche Orientierung war stets vorhanden, die zeitliche Orientierung mangelhaft.

Diese Erscheinungen bildeten die Grundlage der Psychose, die sich mit Schwankungen in der Intensität der Symptome über nunmehr 8 Monate hinzog. Abgesehen von den erwähnten Zuständen traumhafter Versunkenheit schoben sich nun noch eine Reihe bemerkenswerter transitorischer Störungen ein. Dazu gehörten typische schwere epileptische Anfälle, welche in kleinen Serien, im ganzen 7 mal, auftraten; im Anschluß an eine derartige kleine Serie von Anfällen stellte sich im Juni ein eintägiger Dämmerzustand ein mit Wechsel zwischen Ekstase und lebhafter Angst, heftigen zornigen Explosionen, Desorientiertheit, reichlichen psychomotorischen Begleitsymptomen.

Ein zweiter ganz ähnlicher Dämmerzustand wurde kurze Zeit später beobachtet. Eine eigenartige Episode bildete ferner eine plötzliche Veränderung des Zustandes, eine Art von Remission, die ebenfalls in den Juni fiel. P. benahm sich auf einmal ganz geordnet, behauptete ein Traumleben geführt zu haben, erst 3 Tage in der Klinik zu sein, war außerstande, Reminiszenzen aus den letzten Monaten zu wecken. Dabei war er leicht erregt, gesprächig. Am Tage darauf schlief er viel, worauf sich das frühere Verhalten wiederherstellte.

In letzter Zeit war P. etwas ruhiger, sprach sich besser aus. Es zeigte sich nun, daß auch Andeutungen einer Systematisierung seiner Wahnideen und Halluzinationen vorhanden waren.

Es handelt sich um eine paranoide Psychose, deren große symptomatologische Ähnlichkeit mit entsprechenden Fällen der Dementia praecox-Gruppe sich aufdrängt. Man könnte daran denken, daß in der Tat hier eine Kombination von Epilepsie (an dem Bestehen einer echten genuinen Epilepsie ist nicht zu zweifeln) mit Dementia praecox vorliege, besonders unter Berücksichtigung des für eine epileptische Psychose immerhin unge-



wöhnlich protrahierten Verlaufes. Wir möchten uns jedoch für die Annahme einer reinen epileptischen Geistesstörung im vorliegenden Falle entscheiden auf Grund folgender Erwägungen: 1. Wir hatten als Vorläufer der protrahierten Psychose einen psychotischen Zustand, der die gleichen Elemente enthielt wie die erstere, nach kurzer Zeit unter Hinterlassung guter Krankheiteinsicht abklang und somit kaum einen Zweifel daran ließ, daß es sich um ein epileptisches Äquivalent gehandelt hatte. 2. Die episodischen, in die Psychose sich einschiebenden Zustände hatten durchaus epileptischen Charakter, besonders bemerkenswert war jene eigentümliche Verschiebung des Bewußtseins, wobei plötzlich ein fast normaler Zustand bei gleichzeitiger völliger Amnesie für die vorhergehenden Monate eintrat unter der subjektiven Empfindung, aus einem Traumleben zu erwachen. 3. Die monatelang anhaltende innere Spannung mit der außerordentlichen Leichtigkeit motorischer Explosionen deutet ebenfalls mehr auf die epileptische Natur der Geistesstörung.

Auf der anderen Seite beweist die reichliche Beimengung psychomotorischer Symptome, selbst das Manirierte des Wesens nichts gegen Epilepsie, weil man dergleichen Erscheinungen nicht allzu selten auch bei der letzteren antrifft.

Die Therapie war erfolglos. Die Prognose mußte nach einschlägigen Beobachtungen in der Literatur (*Gnauck*) als zweifelhaft bezeichnet werden.

Diskussion. — *v. Kunowski* berichtet über einen ähnlichen Fall.

Herr *Bonhoeffer* demonstriert eine Kranke mit Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels und zwei Präparate von Kleinhirnbrückenwinkel-Tumoren.

Die Kranke zeigt den typischen Befund eines Akustikustumor mit linkseitiger zentraler Taubheit, linkseitiger Störung der Schmerzempfindung im Quintusgebiet, Aufhebung des Kornealreflexes und Abstumpfung der Sensibilität auf der linken Kornea, Geschmackstörung auf der ganzen linken Zungenhälfte. Der linke Fazialis zeigt keine sichere Parese. Die einzelnen Augenmuskeln sind abgesehen von einer leichten Abduzensschwäche links intakt, dagegen besteht eine Störung der Blickbewegungen nach rechts und links, nach links mehr als nach rechts. Ausgesprochen statische Ataxie und Ataxie der linken Extremitätenbewegungen ohne Störung der Lageempfindung. Stauungpapille. Sehen noch nicht erloschen, Pupillarreaktion erhalten. Die Entwicklung des Prozesses hatte ziemlich akut anschließend an einen Abort vor 2 Jahren eingesetzt mit Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerzen und Erbrechen. Allmählich trat Taubheit auf dem linken Ohr ein. Die Kopfschmerzen ließen nach. Nackensteifigkeit besteht nicht. Ein schneller Nachlaß des Sehens hat die Kranke veranlaßt, ärztliche Hilfe zu suchen.



Der Zustand des Sehens läßt die Frage einer Dekompressionstrepanation dringlich erscheinen. Trotz der in operativer Hinsicht recht zweifelhaften Prognose wird der Versuch einer Radikaloperation im Hinblick auf die verhältnismäßig benigne Natur und den meist gestielten Charakter dieser Tumoren zu machen sein.

Klinisch ist der Fall typisch. Wie in der Mehrzahl der Fälle betrifft die Geschwulst eine Frau und die linke Seite. Bemerkenswert ist die wohl auf das Corpus restiforme zu beziehende Ataxie der linken Extremitäten bei erhaltener Tiefenempfindung.

Symptomatologisch ist hier, wie in den letzten zweien vom Vortragenden zur Operation gebrachten Fällen bemerkenswert die geringe Schädigung des linken Fazialis trotz seiner engen Nachbarschaft mit dem Tumor. Man muß an eine besondere Resistenz der Fazialisfasern denken. Auch die Durchsicht der bisher veröffentlichten Fälle von Akustikustumoren zeigt diese Eigentümlichkeit der besonderen Widerstandsfähigkeit des Fazialis. Das Gegenteil zeigt der Abduzens. Seine Vulnerabilität bei Hirndruck ist so stark, daß man erfahrunggemäß gut tut, auf Abduzensparesen bei gleichzeitigem Hirndruck keine lokalisatorischen Schlüsse zu bauen.

6. Herr *Klieneberger*: „Über Balkenmangel bei juveniler Paralyse.“

(Erscheint im folgenden Hefte dieser Zeitschrift.)

---

## 131. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 19. März 1910.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *P. Bernhardt*-Dalldorf, *Birnbaum*-Buch, *Bratz*-Wuhlgarten, *Forster*-Berlin a. G., *Franke*-Berlin a. G., *Gock*-Landsberg a. W., *Hebold*-Wuhlgarten, *Hoffmann*-Eberswalde, *Junius*-Buch, *Kulpas*-Berlin a. G., *Klipstein*-Herzberge, *Kluge*-Potsdam, *Kron*-Berlin, *Kutzinski*-Berlin a. G., *Lahse*-Potsdam, *Liepmann*-Dalldorf, *Marcuse*-Dalldorf, *Mittenzweig*-Steglitz, a. G., *Moeli*-Herzberge, *Riebeth*-Eberswalde, *Schuster*-Berlin, *Skierlo*-Potsdam, *Sklarek*-Buch, *Veit*-Wuhlgarten, *van Vleuten*-Dalldorf, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Moeli*, *Ziehen*.

Vorsitzender: *Ziehen*.

Nach Eröffnung der Sitzung macht der Vorsitzende Mitteilung von dem Ableben des Mitgliedes Geheimer Sanitätsrat Dr. *Zenker* in Bergquell bei Stettin. Nach warmen Worten des Gedächtnisses erheben sich die Anwesenden zu Ehren des Verstorbenen.

Von der Bibliothek der Kölner Akademie für praktische Medizin ist ein Schreiben eingegangen, welches die Bitte enthält, der Bibliothek



die Veröffentlichungen des Vereins zugehen zu lassen. Es wird beschlossen, die Sitzungsberichte des Vereins regelmäßig der Bibliothek zuzuschicken.

Von Professor *Ernst Meyer* in Königsberg i. Pr. ist die Einladung eingegangen zur Beteiligung an der vom 18.—24. September d. Js. in Königsberg stattfindenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Es wird dabei um möglichst baldige Anmeldung von Vorträgen für die Sektion für Psychiatrie und Neurologie gebeten.

Der Vorsitzende teilt ferner noch mit, daß vom 3.—7. Oktober d. Js. in Berlin der internationale Kongreß für Irrenpflege im Abgeordnetenhaus stattfinden wird. Es wird zu reger Beteiligung und Anmeldung von Vorträgen aufgefordert.

Herr *Gock* berichtet über die Tätigkeit der in der letzten Sitzung gewählten Kommission zur Ausarbeitung einer neuen Satzung des Vereins, und auf seinen Antrag wird die Satzung in der Fassung der Kommission mit dem von Herrn *Ziehen* beantragten Zusatz, daß auch Ärztinnen Mitglieder des Vereins werden können, einstimmig angenommen. Die Satzung wird gedruckt und mit dem Bericht über die März-Sitzung den Mitgliedern zugeschickt werden.

Herr *Ziehen*: Über ethische Defektzustände in der Pubertät.

Vortr. stellt zunächst ausführlich einen Fall vor. W. E. (aufgenommen 18. März 1910), 15jährig, Lehrling. Großvater mütterlicherseits chronischer Alkoholismus und Epilepsie, Mutter schwer „nervenleidend" (früher Schreikrämpfe), ein Bruder sehr nervös. Geburt normal. Sprechenlernen mit 9 Monaten, Gehenlernen mit 1 Jahr. Kein abnormes Bettnässen. Keine Rachitis. Keine Konvulsionen. Hat auf der Gemeindeschule stets gut gelernt, ist in der 1. Klasse eingesegnet worden. Als Kind von 1½ Jahren schlug Pat. mit der Stirn auf die Bettstelle auf, als er „Kobolz schießen" wollte, und war danach ½ Stunde bewußtlos; in der folgenden Nacht Erbrechen, in den nächsten Tagen schlief Pat. viel und nahm wenig Nahrung zu sich. Bis November 1909 war er vollständig normal. Insbesondere war sein ethisches Verhalten tadellos. Er war sehr gutmütig. Er machte Laubsägearbeiten, um seinen Eltern eine Freude zu machen. Er sparte jeden Pfennig, um Geschenke zu machen. Als 10jähriger Knabe suchte er sich einmal ohne Vorwissen seiner Eltern Beschäftigung in einer Buchhandlung, um so Geld zu verdienen und seinen Angehörigen eine Freude zu bereiten. Er hat nie an sich gedacht, sondern immer alles für andere verwendet. Naschen und Lügen ist früher nicht vorgekommen. Der Schlaf war früher unruhig, aber Anfälle von Pavor nocturnus sind niemals vorgekommen.

Frühjahr 1909 wurde Pat. aus der Schule entlassen. Seit November 1909 hat sich sein Betragen total verändert. Er treibt sich allenthalben



umher, und zwar Tag und Nacht. Aus der Lehre läuft er einfach fort. Dreimal hat er Geld unterschlagen. Jetzt ist er am 3. März abends nicht nach Hause gekommen und hat sich zehn Tage umhergetrieben. Dabei hat er seinem Lehrherrn etwa 90 M. unterschlagen. Er selbst erzählt, daß er Geld einzukassieren hatte und nach dem Einkassieren, ohne sich zu überlegen, daß er fremdes Geld verausgabe, in ein Automatenrestaurant gegangen sei. Dort habe er für etwa 5 M. gegessen. Dann sei ihm sein Unrecht wohl eingefallen, aber er habe nun Entdeckung gefürchtet, da er das Geld nicht ersetzen konnte; namentlich aber habe es ihn gelockt, sich von dem Geld zu amüsieren. In der Nacht fuhr er in der „Elektrischen" herum. Am Tag besuchte er Museen (Völkermuseum); namentlich für Gebräuche fremder Völker interessiert er sich. Abends besuchte er das Theater, z. B. sah er Faust und Götz von Berlichingen. Auch den Zirkus besuchte er. Zu Mittag aß er in einem Automatenrestaurant. In einen Gasthof wagte er sich nicht. Mehrmals wurde er von seinen Angehörigen gesehen; wenn man ihn aber holen wollte, lief er schnell fort. Erst nach 10 oder 12 Tagen kehrte er freiwillig zurück. Er schämte sich gar nicht und tat immer so, als wäre gar nichts vorgefallen. Seit November lügt er auch. Räubergeschichten liest er gern. Mit seinen Leistungen als solchen im Geschäft war sein Prinzipal so zufrieden, daß er auch jetzt noch bereit ist, ihn wieder einzustellen. Von größeren Summen, die er in Händen hatte (3000—4000 M.), hat er nichts entwendet. Irgendwelche Verführung durch schlechte Gesellschaft hat nicht stattgefunden. Er hat sich stets allein umhergetrieben. Zu Alkoholexzessen neigt er gar nicht. Ebensowenig gibt er sich mit Mädchen ab. Zigaretten raucht er gern. Die Mutter sagt wörtlich: „Er ist direkt Kind; er will zwar so weit vor sein, ist aber ein direktes Kind darin". Unser Eindruck hat dies durchaus bestätigt. Der Mutter ist auch seine Neigung zum Lachen aufgefallen. Bei den ernstesten Sachen lacht er immer; er hätte einmal, als er gestraft wurde, direkt weinen mögen, lachte aber trotzdem, wie er selbst einmal seiner Mutter sagte.

Die körperliche Untersuchung ergab, abgesehen von leichten Lungenveränderungen, keinerlei wesentliche Abweichungen, insbesondere auch keinerlei hysterische Symptome und keine sog. Degenerationszeichen. Schädelumfang 55½ cm. Allgemeiner Habitus dem Alter entsprechend.

Die psychische Untersuchung ergab gleichfalls keinerlei Störungen (s. unten). Über seine Handlungen gibt er in der Regel mit lächelnder Miene, jedenfalls ohne irgendwelche Zeichen von Reue Auskunft. Dabei weiß er sehr wohl, daß er unrecht getan hat, und behauptet auch, daß es ihm leid tue, und daß er es nicht wieder tun wolle. Im Augenblick der Unterschlagung will er sich des Unrechts nicht bewußt gewesen sein, erst, als der Abend herum war, sei es ihm zum Bewußtsein gekommen (s. oben). Wenn ihm die Veränderung seines Charakters vorgehalten wird



und er nach der Ursache befragt wird, antwortet er stets: „Ich weiß nicht". Sehr bezeichnend sind noch folgende Antworten: (Tut es Ihnen denn auch leid, selbst wenn Sie nicht bestraft würden?) „Ja, weil es unrecht ist." (Wenn es aber niemand wüßte?!) „Dann wäre es auch schlimm." Auf die Frage, weshalb er trotzdem es immer wieder treibe, antwortet er stets: Ich weiß nicht. Von irgendwelchem „Zwangscharakter" der Handlungen ist nichts nachzuweisen.

In der Privattätigkeit sind solche Fälle nicht selten, in die Anstalten gelangen sie seltener. Zufällig haben wir in den letzten Wochen noch einen zweiten solchen Fall beobachtet. H. P., ein 16jähriges Mädchen, nicht wesentlich erblich belastet (Vater liederlich), bot im übrigen fast genau dasselbe Bild. Entwicklung normal, nur das Lernen auf der Schule schwer, ethisches Verhalten früher absolut einwandfrei; bald nach der Einsegnung totale Charakterveränderung. Sie treibt sich mit einer Freundin bis abends spät umher und nächtigt dann auf der Treppe. Bei Verwandten und Bekannten borgt sie Geld, der Mutter hat sie 20 M. aus dem Geldbeutel entwendet. Von dem Geld kauft sie sich meist lebende Blumen (!); auch hat sie den Zirkus und die Eisbahn besucht. Die Freundin ist von ihr zu dem Umhertreiben verführt worden, nicht umgekehrt. P. ist in drei Stellungen gewesen, bleibt aber immer von der Arbeit fort. Nach ihren Vergehungen bittet sie unter Tränen um Verzeihung. Seit derselben Zeit lügt sie auch viel und erzählt phantastische Geschichten, z. B. ihre Schwester habe sich mit einem Arzt verlobt, ein Onkel aus Amerika sei gekommen u. a. m. In sexueller Beziehung soll sie schamhaft und anständig sein. Die Menstruation ist mit dem 15. Jahr eingetreten und ohne Einfluß auf das Verhalten der Pat. Die körperliche Untersuchung ergab außer angewachsenen Ohrläppchen und leichten Druckpunkten nichts. Ebenso war der psychische Befund absolut normal. Auf Vorhalt gibt sie immer nur an: Ich hab' mir nichts dabei gedacht. — Der dritte Fall, der ein 16jähriges Mädchen O. K. betrifft, liegt ähnlich, nur ist die Abgrenzung des ethischen Defekts gegen die Vergangenheit nicht so absolut scharf wie in den beiden andern Fällen.

Die Frage, was in diesen Fällen, speziell bei dem vorgestellten W. E. vorliegt, ist nicht leicht zu beantworten. Zunächst ist wichtig, daß keinerlei Verführung durch Umgebung oder Milieu vorgelegen hat. Es handelt sich also nicht um eine normale „ethische Verkümmerung" in dem vom Vortr. definierten Sinne. Mit Bestimmtheit ist ferner ein angeborener Schwachsinn, insbesondere eine „Debilität mit vorzugweise ethischem Defekt" auszuschließen. Dies wird einerseits durch die Anamnese und andererseits durch die Intelligenzprüfung bewiesen. Speziell erwies sich die Begriffsbildung und Begriffsdifferenzierung als absolut normal. Der Unterschied zwischen Lüge und Irrtum wurde beispielsweise folgendermaßen angegeben: „der Irrtum ist ungewollt, die Lüge mit Vorbedacht".

Nächstdem war an eine Dementia hebephrenica sive praecox zu denken. *Kahlbaum* hat mündlich und, allerdings nur ganz aphoristisch, auch in der Literatur darauf hingewiesen, daß sich in der Pubertät zuweilen ein Krankheitbild entwickelt, welches alle Merkmale der angeborenen sog. „moral insanity“ zeigt, und diese Fälle als Heboidophrenie bezeichnet. Vortr. hat später diese Fälle als eine Varietät der Dementia hebephrenica erkannt und von einer heboidophrenen Varietät der Dementia hebephrenica gesprochen (Psychiatrie, S. 745). Die charakteristischen Defektsymptome der Dementia hebephrenica, der Kombinationsdefekt und die affektive Verblödung, treten hier fast ganz gegen den ethischen Defekt zurück (Vortr. demonstriert einen solchen Fall W. G., jetzt 33jährig, der seit vielen Jahren nach Aussagen der Frau folgendes Verhalten darbietet: er wäscht sich nicht; wenn er sich waschen soll, nimmt er Wasser in den Mund, spuckt es in die Hände und wäscht sich damit; Betten und Wäsche verunreinigt er mit Kot; er setzt sich zum Stuhlgang vor die Korridortür; je mehr Lumpen er am Leib hat, um so wohler ist ihm, die Stimmung ist verdrießlich und stumpfsinnig; was man ihm sagt, das tut er, ohne irgend zu überlegen, es ist alles egal, er zeigt keine Zeichen der Liebe gegen seine Angehörigen; nachts läuft er sinnlos mit großen Schritten umher; dabei normales Gedächtnis, normale Begriffsentwicklung, sehr leichter Kombinationsdefekt). Es erhebt sich die Frage, ob auch bei W. E. eine solche Varietät der Dementia hebephrenica vorliegt. Vortr. verneint diese Frage bestimmt. Bei dem Pat. besteht absolut kein Kombinationsdefekt, und von einer affektiven Verblödung (Theaterbesuch, Museenbesuch usw.) kann in keiner Weise gesprochen werden. Vortr. nimmt daher in diesem und vielen ähnlichen Fällen ein vorübergehendes Versagen der intellektuellen Widerstandfähigkeit in der Pubertät an, welches nur gegenüber der mit der Schulentlassung eintretenden Ungebundenheit und Erweiterung des Vorstellungskreises zur Geltung kommt und sich in entsprechenden Handlungen äußert. Eine pathologische Färbung ist dabei unverkennbar. Es handelt sich nicht um die wohlbekannten Strafhandlungen jugendlicher Individuen, die durch irgendwelche Verführung oder im Sinn eines gewöhnlichen Leichtsinns auf Abwege geraten. Symptomatisch verrät sich die pathologische Färbung durch das fast vollständige Ausbleiben aller hemmenden Vorstellungen im Augenblick der Handlung. Die ethischen Vorstellungen sind vorhanden und auch entsprechend gefühlsbetont, aber im Augenblick der Handlung versagen sie in ganz auffälliger Weise. Ätiologisch ist bemerkenswert, daß in diesen Fällen fast stets Heredität oder Trauma in der Kindheit vorliegt. Bei E. W. trifft beides zusammen. Die Prognose ist bei Versetzung in ein geeignetes Milieu günstig. —

Herr *Forster* stellt einen Fall von Zwangreden vor. Bei einem Pat., bei dem schon lange psychopathische Züge hervorgetreten waren,



die besonders im Anschluß an Affekterregungen sich zeitweise zu Wahnvorstellungen verdichtet hatten und zeitweise Anstaltbehandlung notwendig gemacht hatten, besteht seit mehr als 12 Jahren Zwangreden. Pat. stößt von Zeit zu Zeit die Worte „Pfaffen" und „teuer" aus, obwohl er sich, wie er angibt, niemals mit Pfaffen besonders beschäftigt und auch niemals religiöse Liebhabereien gehabt hat; auch mit Geldangelegenheiten hat er sich niemals mit besonderer Gefühlsbetonung abgegeben, sodaß auch das Wort „teuer" an und für sich keine besondere Überwertigkeit bei ihm besitzt. Pat. stößt diese Worte in Gesellschaft und allein ganz unmotiviert aus, von Zeit zu Zeit sind sie begleitet von lautem Singultus. Ein ausgeprägtes Angstgefühl ist nicht nachweisbar, jedoch klagt Pat. dabei über Beklemmungen und leichtes Angstgefühl in der Magengegend; wenn er den Versuch mache, die Worte zu unterdrücken, bleibe der Atem stehen. Er klagt auch unabhängig von dem Zwangreden gelegentlich über Angstgefühl. Er wünschte gern von dem Zwangreden befreit zu sein, glaubt aber nicht, daß dies möglich sei. Er könne es sich gar nicht erklären, wie er dazu gekommen sei. Wenn er das Wort „Pfaffen" und „teuer" ausspreche, müsse er sich immer denken „Gott und Vater, wie bist du nur dazu gekommen". Pat. selbst gibt an, daß er die Worte nicht häufiger ausspreche, wenn er aufgeregt sei. Auf der Abteilung war jedoch aufgefallen, daß Pat. diese Worte in Gegenwart der Ärzte, und wenn man sich mit ihm beschäftigte, bedeutend häufiger sagte, als wenn er allein gelassen und negiert wurde.

Zum Vergleich wurde eine Pat. vorgestellt, die ebenfalls psychopathische Züge aufwies und mit Schreikrämpfen erkrankt war. Sie stand nachts auf, lief im Zimmer umher, es sei so, als ob eine Maschine in ihr drin sei. Sie glaubte auch, ihr Mann hätte ihr etwas angetan, sie mit Sympathie behext. Auf der Abteilung gab sie an, es sei ihr so, als wenn sie manchmal unanständige Worte aussprechen müsse, manchmal sei es auch so, als wenn sie selbst andere beleidigen müßte. Die Worte, die sie sagen müsse, könne sie nicht laut nennen, da schäme sie sich, die sage sie nicht. Sie spreche die Worte nicht, sondern sie müsse sie sich bloß denken, das komme ganz unfreiwillig. Manchmal verhalte sie es auch, aber nicht immer. So alt wie sie sei, habe sie nie an solche Worte gedacht, sie schäme sich sehr; wenn sie sich verhalte, dann müßte sie sich sehr anstrengen, und dann sei ihr ängstlich zumute. Sie denke sich dabei nichts, es sei nur das Wort, es komme meistens, wenn jemand vorbeigehe; manchmal höre sie die Worte auch. Früher seien es nicht soviel Worte gewesen, jetzt seien noch einige dazugekommen, es seien über fünf Worte. Bei der Besprechung fängt Pat. an zu weinen, sie müsse weinen wegen der Worte, sie könne sich nicht darein finden.

Beide Fälle gehören in die große Gruppe der Zwangvorstellungen. Bei beiden Pat. ist durchaus unaufgeklärt, wie der Zwang, gerade diese Worte zu sagen und zu denken, entstanden ist, da beide angeben, daß



diese Worte in ihrem früheren Leben niemals eine irgendwie besondere Rolle gespielt haben.

Diskussion. — Herr *Ziehen* findet vor allem interessant, daß in solchen Fällen jahrelang nicht reproduzierte Vorstellungen plötzlich eine solche Überwertigkeit bekommen. In einem anderen von ihm beobachteten Falle spielte der Name eines Bekannten eine solche Rolle, den der Kranke seit 10 Jahren nicht mehr gesehen, und an den er niemals mehr gedacht hatte. Ob die überwertige Objekt- oder Wortvorstellung sich motorisch äußert (Zwangreden) oder akustisch mitklingt (Zwangphonem), ist relativ nebensächlich.

Herr *A. Kutzinski*: Über Verjüngungswahn.

Es wird ein 19jähriges Mädchen vorgestellt, bei der eine erbliche Belastung besteht. Aus der Anamnese ist weiter bemerkenswert, daß sie einen Schichtstar hatte, der im 14. Jahr operiert wurde. Ihre Intelligenz ist die einer Imbezillen, erinnert aber vielfach an die geistigen Leistungen der psychisch Infantilen im Sinne *Antons*. Es wird das im einzelnen erörtert. Die Pat. hat oft hysterische Symptome geboten; so trat mit vierzehn Jahren im Anschluß an eine Aufregung fortgesetztes Einnässen auf. Mit 18 Jahren hatte sie Erbrechen infolge von Ärger, dem kein objektiver Befund entsprach. Die körperliche Untersuchung ergibt keine hysterischen Stigmata. Trotz der normalen Körpergröße macht sie einen infantilen Eindruck; sie hat einen kleinen, etwas verbildeten Schädel, einen grazilen Knochenbau. Sonstige Zeichen des körperlichen Infantilismus fehlen, keine nachweisbare Thymusdämpfung. Der jetzige Zustand trat im Anschluß an die Operation des Schichtstars auf und besteht auch jetzt noch unverändert. Sie behauptet, 14 Jahre zu sein, datiert dementsprechend das Alter ihrer Angehörigen zurück, bestreitet ihre Konfirmation, will erst einige Monate menstruiert sein (re vera seit dem 14. Jahr regelmäßig menstruiert). Benimmt sich wie ein Kind, trägt kurze Kleider, gelöstes Haar, arbeitet nicht, zeigt geringe Spontaneität, interessiert sich nur für Spielsachen, Schokolade, Haarbänder. Wird erregt, wenn man sie mit „Sie" anredet, schimpft, wenn man ihr Alter bezweifelt. Dieses Verhalten zeigt sie konsequent. Dabei sind niemals delirante Zustände aufgetreten, sie war stets orientiert, Halluzinationen, wahnhafte Vorstellungen fehlten. Es besteht hier also die Tatsache, daß eine infantile Psyche sich selbst richtig beurteilend jünger einschätzt, als sie wirklich ist, und eine dementsprechende Lebensweise führt. Gegenüber anderen Verjüngungszuständen, wie sie bei amnestischen Kranken oder bei ekmnestischen Delirien auftreten, und die dadurch charakterisiert sind, daß die Kranken sich in eine frühere Lebensepoche zurückversetzt glauben, besteht hier ein Stationärbleiben der Psyche mit gleichzeitigem wahnhaften Stationärbleiben des Alters, also eine innere Veränderung des Ichkomplexes, der



Persönlichkeit. Während bei den anderen Formen des Verjüngungswahns nur die Bewußtseinsinhalte des Ichkomplexes verändert werden, ist hier auch in der Art des Ichs, auf die Außenwelt zu reagieren, sie zu bewerten und zu ordnen, eine Wandlung eingetreten. Diese Beziehungen werden im einzelnen erörtert und begründet. Endlich wird noch hervorgehoben, daß ein Motiv für das Verhalten der Pat. weder durch Exploration noch durch Assoziationsversuche im Sinne *Jungs* festgestellt werden konnte. Eine nähere Mitteilung des Ausgeführten erscheint demnächst an anderer Stelle.

Diskussion. — Herr *Liepmann* weist darauf hin, daß auch die Art des Mädchens, das Schmollende, Verschämte, der Idee, ein Kind zu sein, entspricht. Dieses Bild, die Kopie des Kindes, finde man öfter bei hysterischen Personen, die ein Interesse haben, geistig unzulänglich zu scheinen, z. B. Straf- und Untersuchungsgefangenen. Er erwähnt einen Einbrecher von athletischem Körperbau, der von sich nie anders als in der dritten Person sprach, unter sich ließ und, zur Rede gestellt, sagte: „Hermann geht aufs Töppchen."

Bei organischen Psychosen kommt dieselbe Verjüngungsidee durch einen ganz andersartigen Mechanismus zustande, nämlich durch große Erinnerungslücken für Jahre und Jahrzehnte. So nennen senile Frauen ihren Mädchennamen. Eine von L.s Pat. nannte erst ihren Mädchennamen, dann, bedrängt, den Namen ihres ersten Mannes und erst zuletzt fiel ihr mit Nachhilfe auch der des zweiten Mannes ein.

*L.* erinnert an einen Fall von *Korsakoff*scher Psychose, den er in Breslau beobachtet hat; ein in den vierziger Jahren stehender Journalist hatte zwei Jahrzehnte vollkommen vergessen, lebte ganz im Jahre 70, sagte, er sei Student, mache eine militärische Übung, der Kaiser sei Wilhelm I., der Reichskanzler Bismarck usw.

Herr *Birnbaum* fragt, ob bei der Patientin niemals Züge beobachtet werden konnten, welche dafür sprechen, daß der Stand ihrer geistigen Leistungen doch ein höherer ist, als es den Anschein erweckt, und daß sie selbst sich über ihre wirklichen Alters- und sonstigen persönlichen Verhältnisse doch nicht so ganz im unklaren ist. Er weist auf einen ähnlichen kürzlich von ihm veröffentlichten Fall [1]) eines hysterischen Strafgefangenen hin, bei dem der Wahn bestand, ein weibliches Wesen zu sein. Wiewohl auch dieser Pat. sich im allgemeinen der wahnhaften Einbildung entsprechend benahm und äußerte, bewies er doch bei anderer Gelegenheit (z. B. in seinen Briefen) eine richtigere Auffassung seiner Persönlichkeit und zeigte damit, daß er mit der autosuggerierten Rolle doch nicht völlig verwachsen war. In diesem Falle war übrigens der innere Zusammenhang mit hysterischen Bewußtseinstörungen unverkennbar, insofern der Zustand mit einem Dämmerzustand eingesetzt hatte und auch sonst leichte Orientierungsstörungen nachweisbar waren.

[1]) Allg. Ztschr. f. Psych. 1909, S. 19.



Herr *Ziehen* nimmt auch in dem vom Vortr. vorgestellten Falle wie in dem von ihm selbst vorgestellten eine pathologische Reaktion auf die Pubertät an. Solcher pathologischen Reaktionen auf die Pubertät gibt es — auch abgesehen von den Pubertätspsychosen s. str. — eine größere Zahl. In dem Fall des Vortr. ist bemerkenswert, daß das Mädchen mit der Pubertät zur Arbeit herangezogen wurde; es scheint nicht ausgeschlossen, daß eine unbewußte Reaktion gegen diesen Arbeitzwang der Vorstellung des Jüngerseins bei der Pat. zugrunde liegt.

Herr *Kutzinski*: Im Gegensatz zu dem Fall *Birnbaums* hat sich Patientin konsequent ihrem angeblichen Alter entsprechend benommen. Dämmerzustände, Orientierungstörungen, Halluzinationen fehlten vollständig. *Gock.*

---

## Kleinere Mitteilungen.

Die 35. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 28. und 29. Mai d. J. zu Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden. Anmeldung von Vorträgen bis spätestens 15. Mai erbeten an Prof. *Wollenberg*-Straßburg oder San.-Rat *Laquer*-Frankfurt a. M., Jahnstraße 42.

---

Der 20. Kongreß französischer und französischredender Psychiater und Neurologen findet vom 1. bis 7. August d. J. in Brüssel-Lüttich statt unter dem Vorsitz von Prof. Dr. *Crocq*-Brüssel und Dr. *Klippel*-Paris. Drei Referate sind vorgesehen, Dr. *van Campenhout*-Brüssel und Dr. *Lhermitte*-Paris: la maladie du sommeil, les narcolepsies; Dr. *Sano*-Antwerpen und Dr. *Rose*-Paris: systématisation des lésions cutanées dans les affections mentales et nerveuses; Dr. *Ley*-Fort-Jaco und Dr. *René Charpentier*-Paris: Alcoolisme et criminalité. Außerdem Vorträge und Besichtigungen. — Anmeldungen und Anfragen an Dr. *Decroly*, rue Vossegat, 2, Uccle-Stalle lez-Bruxelles.

---

Die 4. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte wird vom 6. bis 8. Oktober in Berlin abgehalten werden. Es werden *Wallenberg*-Danzig und *Marburg*-Wien über die neueren Fortschritte in der topischen Diagnostik der Erkrankungen des Pons, der Oblongata und des Kleinhirns, *H. Oppenheim*-Berlin und *Hoche*-Freiburg über die Pathologie und Therapie der nervösen Angstzustände referieren. Anmeldungen zu Vorträgen, Demonstrationen und Anträgen werden erbeten an den 1. Vorsitzenden *W. Erb*-Heidelberg, Riedstraße 4, an den 2. Vorsitzenden *H. Oppenheim*-Berlin W., Königin Augustastraße 28, oder an den 1. Schriftführer *S. Schönborn*-Heidelberg, Blumenstraße 11.

---

Am 19. Februar d. J. hat sich ein Verein württ. Ärzte für Nerven- und Gemütskranke gebildet. Es sind jährlich 3 bis 4 Sitzungen in Aussicht genommen, welche abwechselnd in Stuttgart, in

den Landesirrenanstalten und in Tübingen stattfinden werden. Der Verein dient wissenschaftlichen und kollegialen Zwecken. In der Sitzung vom 19. Februar sprachen Oberarzt Dr. *Schott*-Stetten (Krankenpflegeunterricht an den Staatsirrenanstalten) und Oberarzt Dr. *Buder*-Winnental (Beiträge zur Paranoiafrage).

---

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Georg Ilberg*, bisher Oberarzt in Großschweidnitz, ist zum Direktor des Sonnensteins und zum Medizinalrat

Dr. *Joseph Hock*, bisher in Kaufbeuren, zum Direktor der Kreisanstalt Bayreuth ernannt worden.

Dr. *Fritz Krömer* ist als Oberarzt von Neustadt i. H. an die Prov.-Irrenanstalt bei Schleswig versetzt worden.

Dr. *O. Hinrichsen*, Oberarzt der psychiatr. Klinik in Basel, hat sich an der dortigen Universität habilitiert.

Dr. *Friedr. Schaefer*, Prov.-Anstalt Lengerich, und

Dr. *Franz Simon*, Prov.-Anstalt Lüben, sind Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Ernst Hahn*, Breslau, städt. Irrenanstalt,

Dr. *Moritz Weichelt*, Andernach, St. Thomas, und

Dr. *Georg Laehr*, Schweizerhof, Sanitätsrat geworden.

Dr. *Heinr. Kreuser*, Med.-R., Dir. der Anstalt Winnental, und

Dr. *Karl Rank*, Med.-R., Dir. der Anstalt Weißenau, haben das Ritterkreuz des Ordens der Württ. Krone,

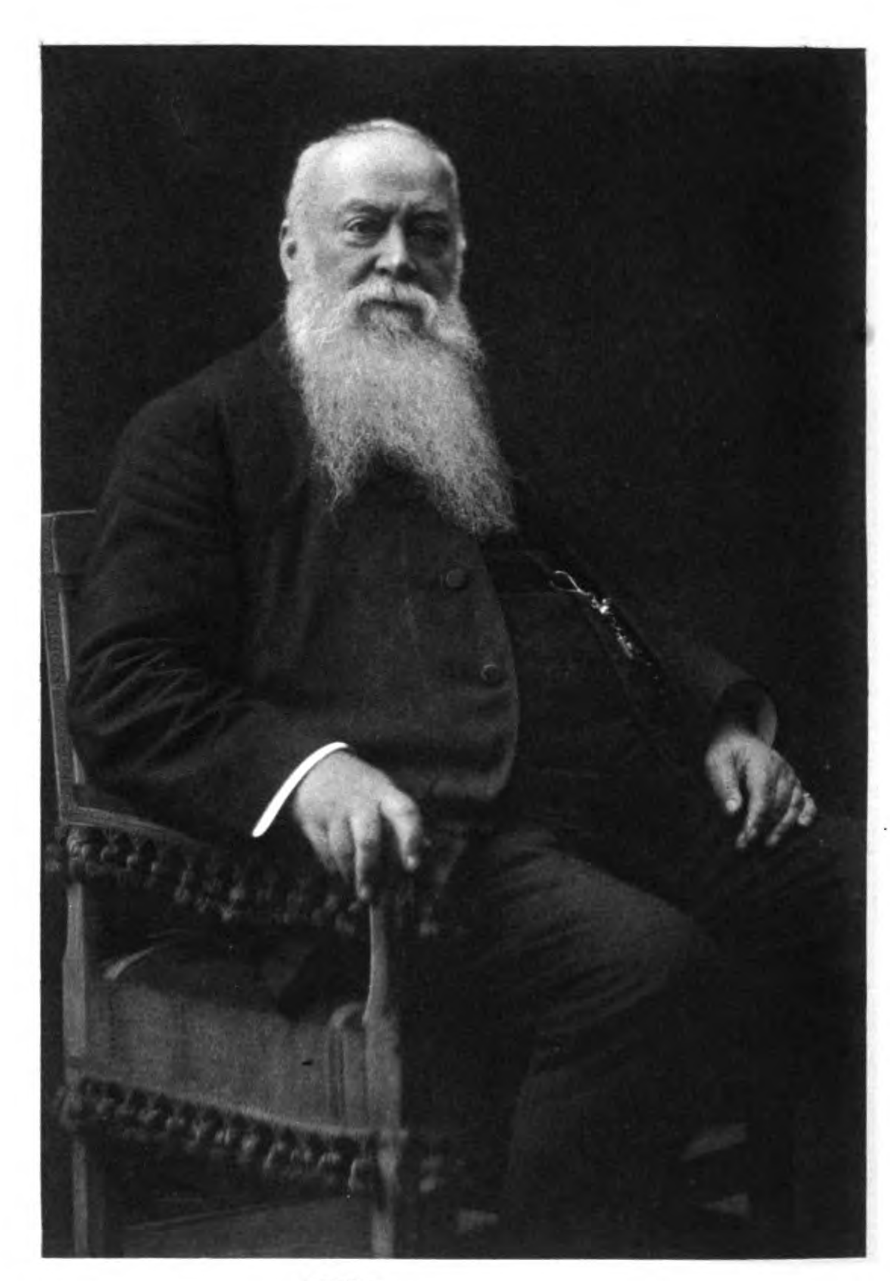
Dr. *Rud. Camerer*, Mitglied des Med.-Kolleg. zu Stuttgart, das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrich-Ordens erhalten.

Dr. *Paul Rehm*, San.-R., geb. 2. 4. 1847, seit 1874 Dir. und Besitzer (zunächst gemeinsam mit San.-R. *O. Müller*, nach dessen Tode allein) eines Sanatoriums für Nervenkranke in Blankenburg a. H., ist am 25. Februar an einem Herzleiden,

Dr. *Herbert Jühlke*, Anstaltsarzt in Strelitz, am 5. April infolge eines Unglückfalls und

Dr. *Ludwig*, Geh. Med.-R., der Erbauer und langjährige Leiter der Landesanstalt Heppenheim, am 3. Mai im 84. Lebensjahre gestorben.





## Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Carl Pelman,

**Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie und seit mehr als 20 Jahren Mitredaktor dieser Zeitschrift,**

feiert am 10. August sein 50 jähriges Doktorjubiläum. Zugleich liegen 50 Jahre psychiatrischer Tätigkeit hinter ihm, denn schon 1860 trat er in Siegburg unter *Hoffmann* in den Anstaltdienst und ist unsrem Fache als Mitglied des rheinischen Medizinalkollegiums und als Schriftsteller auch nach seinem Rücktritt von der Leitung der Bonner Anstalt und von seiner akademischen Lehrtätigkeit treu geblieben. Noch ganz kürzlich hat er sein Buch über „psychische Grenzzustände", kaum 1½ Jahr nach dessen erstem Erscheinen, in zweiter Auflage herausgegeben. Er hat darin, unterstützt von ungewöhnlicher Belesenheit auch in entlegenen Schriften, Geschichte und Psychiatrie in fruchtbare Verbindung gebracht und höchst interessante und belehrende Streiflichter auf Menschen und Vorgänge der Vergangenheit geworfen. Auch künftig wird er seine Arbeitskraft nicht nur den auserlesenen Obstbäumen und Rosen seines prächtigen Ruhesitzes zuwenden. Und da er nicht nur viel gelesen, sondern auch viel erlebt und alles mit eigenem, klug-bedächtigem Blick betrachtet hat, drängt sich ein Wunsch, der in dieser Zeitschrift schon einmal laut wurde[1]), von neuem auf die Lippen: Er, der 50 Jahre in fruchtbringender Tätigkeit sich mit Anderen befaßt und das Lebensschicksal Vieler gestaltet hat, er möge nun auch sein eigenes Erleben, seine persönlichen Erinnerungen schriftstellerisch gestalten und damit ein eigenartiges Bild großer Zeit und bedeutender Menschen, gesehen von einer kräftigen, durchaus eigenartigen Persönlichkeit, der Nachwelt überliefern.

---

[1]) Bd. 61, S. 913.





Der Jubilar kennt die Menschen. Er wird sich nicht wundern, daß mit dem Glückwunsch, den wir ihm zu seinem Ehrentage in herzlicher Verehrung zurufen, auch solche eigennützigen Wünsche mitklingen. Ist doch sogar der Wunsch, er möge in Gesundheit und gewohnter Frische uns noch lange erhalten bleiben, aus verehrender Liebe und Selbstsucht gemischt.

H. L.

---

# Bericht an das Landesdirektorium

## über die psychiatrisch-neurologische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge im Frauenheim bei Himmelsthür vor Hildesheim, Magdalenium bei Hannover, Moorburg bei Freistadt, Stephansstift bei Hannover, Kästorf bei Gifhorn und Kalandshof bei Rotenburg.

Von

Professor Dr. **A. Cramer,** Geheimem Medizinalrat in Göttingen.

Die Untersuchung wurde auf Grund des beiliegenden Fragebogens vorgenommen. Der Fragebogen ist etwas kürzer und etwas mehr vereinfacht als derjenige, den ich vor 2 Jahren anwandte [1]). Bei den Intelligenzprüfungsmethoden habe ich neu eingefügt das Klarlegen von Unterschieden. Den Anamnesenbogen habe ich nach den Erfahrungen, die ich bei meinen vorigen Untersuchungen machte, wesentlich gekürzt; denn es hatte sich bei diesen ersten Untersuchungen gezeigt, daß manches, was aus dem Vorleben der Fürsorgezöglinge sehr wissenswert wäre, entweder gar nicht festzustellen ist oder nur so unvollständig, daß eine wissenschaftliche Beurteilung der in Betracht kommenden Fragen unmöglich erscheint. Um eine doppelte Arbeit zu vermeiden, habe ich den Fragebogen so eingerichtet, daß der erste Teil, welcher lediglich von der Institutsleitung oder der Polizeibehörde zu beantwortende Fragen enthält, abgetrennt werden und nach Ausführung durch die genannten Stellen dem Ganzen wieder eingefügt werden konnte.

---

[1]) Bericht an das Landesdirektorium in Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchungen der Fürsorgezöglinge in dem Stephansstift bei Hannover, im Magdalenium bei Hannover, im Frauenheim bei Himmelsthür vor Hildesheim, in Kalandshof bei Rotenburg von *A. Cramer.* Klinisches Jahrbuch 18 Bd., Pag. 1. 1907.

Der äußere Gang der Untersuchung war derselbe, wie ich ihn in meinem erwähnten Berichte bereits beschrieben habe. Ich brauche deshalb hier nicht genauer darauf einzugehen, sondern kann, was die einzelnen Details betrifft, auf die Publikation im klinischen Jahrbuch verweisen.

Allgemein möchte ich nur das Eine bemerken, daß ich Schwierigkeiten bei der Untersuchung so gut wie gar keine hatte. Die Zöglinge gaben sich überall die größte Mühe, nach besten Kräften die gestellten Fragen zu beantworten; ja man hatte sogar den Eindruck, daß sich gerade die beschränkteren Elemente unter ihnen ganz besonders anstrengten, um gut zu bestehen. Es trat also das Gegenteil von der Neigung zur Simulation hervor, die man sonst bei einer Intelligenzprüfung im Strafprozeßverfahren zu beobachten Gelegenheit hat. Es kann also für die vorliegenden Untersuchungen das Ergebnis der Intelligenzprüfungen als sicherer Indikator nicht nur für den geistigen Besitzstand, sondern vor allen Dingen auch für das selbständige Kritik- und Urteilsvermögen, auf das es uns ja vor allen Dingen bei diesen Untersuchungen ankommt, gelten. Auf die Gründe, weshalb gerade die Feststellung des Könnens, des Gebrauchs, der vom Wissen gemacht wird, d. h. also, weshalb die Feststellung der Kritik- und des Urteilsvermögens zur Erforschung wichtig ist, brauche ich hier nicht einzugehen, nachdem ich mich in meinem ersten Berichte eingehend darüber ausgelassen und auch kürzlich wieder in einem Vortrage in Bremen, der in der Zeitschrift zur Erforschung des jugendlichen Schwachsinns abgedruckt ist, ausführlich darüber geäußert habe [1]).

Aus diesen Gründen habe ich auch auf eine genauere Prüfung des Schulwissens verzichtet und mich mit den Angaben, die mir von den Institutsleitern gemacht wurden, begnügt.

Wie das vorige Mal, konnte ich auch dieses Mal feststellen, daß, wenn ich längere Zeit in einem Institut zur Vornahme dieser Untersuchungen weilte, die Zöglinge sich namentlich über die Fragen, welche nach meinem Prüfungsschema zuerst kamen, verständigten. Es

[1]) *A. Cramer*, Pubertät und Gesetzgebung. Zeitschrift zur Erforschung des jugendlichen Schwachsinns. Vergleiche ferner auch das entsprechende Kapitel in der 4. Auflage meiner gerichtlichen Psychiatrie. Jena, Gustav Fischer, 1908.

fiel das sofort an der Raschheit und Promptheit, in der die Antworten erfolgten, auf, so daß, um falschen Resultaten vorzubeugen, die Fragen rechtzeitig entsprechend abgeändert werden konnten. An einzelnen Instituten hatte ich auch den Eindruck, daß die Zöglinge in dem Unterricht auf die Fragestellungen, die sich bei Prüfung der rückläufigen Assoziationen und des Masselonschen Versuchs ergaben, vorbereitet waren. Ich nahm an, daß inzwischen derartige Studien auch in den Kreisen der Lehrer bekannt geworden sind. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben konnten, ließen sich leicht durch eine Änderung im Vorgehen vermeiden.

Nur in ganz vereinzelten Fällen, namentlich bei weiblichen Individuen in Himmelsthür, ist es mir passiert, daß vollsinnige, aber psychopathische Individuen schon nach wenigen Fragen jede weitere Auskunft verweigerten. Einzelne davon bequemten sich schon nach einigen Stunden, andere an dem nächsten Tage, die weitere Durchführung der Untersuchung zu gestatten.

Auch die körperlichen Untersuchungen habe ich nach den Erfahrungen, die ich bei der letzten Untersuchung machte, etwas vereinfacht. Die genaueren Details ergeben sich bei einem Vergleich des früheren und des jetzt benutzten Schemas. Veranlassend für diese Vereinfachung war die das vorige Mal gemachte Erfahrung, daß der körperliche und namentlich der neurologische Befund ein verhältnismäßig gleichmäßiger und wenig abweichender war. Ich komme später noch darauf zurück.

Zunächst wende ich mich jetzt zur Besprechung der belastenden Momente. Ich habe dieselben in Tafel I und Tafel II zusammengestellt.

Wenn ich auch zu diesen beiden Tafeln bemerken muß, daß die erhobene Vorgeschichte sicher nicht vollständig war, so geht doch aus dem schließlich gefundenen Prozentsatz hervor, daß das Verhältnis der erblichen Belastung diesmal größer ist als das vorige Mal, d. h. also, daß es dieses Mal möglich war, exaktere Resultate zu erhalten. Der Prozentsatz, der sich ergeben hat, nämlich für eine direkte Belastung 49 %, entspricht ungefähr dem Prozentsatz, der uns im Durchschnitt für die erbliche Belastung der Menschen, wie ich schon das vorige Mal erwähnt, nach *Jenny Koller* und anderen bekannt ist. Es ist also, wie ich auch das vorige Mal feststellen konnte,



die erbliche Belastung der Fürsorgezöglinge nicht größer als bei der übrigen Menschheit. Ich habe, wie aus der Tabelle zu ersehen ist, als direkt belastende Momente angenommen: die uneheliche Geburt, Trunksucht des Vaters oder der Mutter, Kriminalität des Vaters oder der Mutter oder sexuelle Delikte bei den Eltern, ferner natürlich auch etwaige Geisteskrankheiten oder Nervenkrankheiten der Eltern. Wenn wir dabei noch in Erwägung ziehen, daß die indirekte Belastung bei der Unvollständigkeit der Vorgeschichte sicher zu kurz gekommen ist, so wird der Prozentsatz der Belasteten vielleicht noch etwas höher werden; immerhin aber nicht höher, als daß er nicht mehr in der mittleren Breite dessen bliebe, was man im allgemeinen als erbliche Belastung der Menschheit annehmen kann.

In der Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger[1]) ist für das Rechnungsjahr 1907 unter 1495 der männlichen schulentlassenen Zöglinge die uneheliche Geburt mit 204 und unter 2516 weiblichen mit 419 angegeben. Es würde sich also hiernach ein Prozentsatz von insgesamt 15 ergeben. Danach wäre der Prozentsatz der unehelich geborenen Fürsorgezöglinge in der Provinz Hannover etwas geringer als der Gesamtprozentsatz im Königreich Preußen.

Die Kriminalität des Vaters, der Mutter und der Geschwister kann ich nicht so genau mit der Gesamtzahl der Zöglinge nach der preußischen Statistik vergleichen, weil die Angaben dieser Statistik zu kompliziert sind; dagegen ist ein Vergleich, was die Trunksucht des Vaters und der Mutter betrifft, möglich. Unter 1714 Fällen fand sich 853 mal Trunksucht des Vaters und 224 mal Trunksucht der Mutter. Es ergaben sich daraus die Prozentsätze von 49 und 13, während meine Statistik für den Vater nur 20 %, für die Mutter nur 3 % festgestellt. Diese Differenz mag daran liegen, daß meine Anamnese sehr unvollständig ist, und daß die preußische Statistik überhaupt nur die Eltern berücksichtigt, bei denen schlechte Neigungen vorhanden waren, und ferner auch die Stiefeltern, also nicht die eigentlichen Erzeuger, in Betracht zieht. Schließlich kommt auch noch hinzu, daß die Zahlen in der Provinz Hannover überhaupt niedriger zu sein scheinen.

Auffällig niedrig sind in meiner Zusammenstellung auf Tabelle I die Erkrankungen der Eltern an Geisteskrankheit oder Epilepsie.

[1]) Berlin 1909.



Keinerlei belastende Momente ließen sich in den von mir untersuchten Fällen in 51 % nachweisen. Würde es möglich sein, die Anamnesen noch genauer aufzunehmen, so würde wahrscheinlich dieser Prozentsatz noch etwas geringer, wenn ich auch nicht glaube, daß die Zahl sehr sinken wird.

Die Zahl der kriminellen Zöglinge ist wieder verhältnismäßig sehr groß. Unter den Zöglingen waren insgesamt 77 % als kriminell und mit antisozialen Neigungen begabt zu bezeichnen, allerdings waren davon bestraft nur 25 %. Wie aus der Tabelle III hervorgeht, sind eine Reihe von Momenten unter dem Begriff antisozialer Neigungen zusammengefaßt, welche man vielleicht allgemein als kriminell nicht bezeichnen möchte, z. B. die Neigungen zum Lügen, die Schule zu schwänzen, zum Trinken, zu Selbstmord und beim weiblichen Geschlecht die sexuellen Exzesse und die Neigung zum Umhertreiben. Ich bin aber überzeugt, daß der Standpunkt, den ich das vorige Mal eingenommen habe, daß die Kriminalität der Männer beim weiblichen Geschlecht durch die Neigung zur Unzucht ersetzt wird, der richtige ist; das geht auch aus meinen diesmaligen Untersuchungen zur Genüge hervor. Wie es nur wenige unter den Fürsorgezöglingen gibt, die nach der Schulentlassung nicht mit dem Verbrechen infiziert werden, so haben sich unter den untersuchten Mädchen nur 8 % gefunden, welche noch nicht defloriert waren; 43 % waren bereits mit 14 Jahren defloriert, 47 % sind zwischen dem 15. und 18. Jahre ihrer jungfräulichen Ehre verlustig gegangen. Unter 1699 im Jahre 1907 der Fürsorgeerziehung überwiesenen schulentlassenen Zöglingen männlichen Geschlechts sind nach der mehrfach erwähnten preußischen Statistik 1176 bestraft; von 1236 weiblichen nur 322. Es tritt also auch hier wieder diese Differenz zwischen dem weiblichen und männlichen Geschlecht hervor. Leider kann ich aus der preußischen Statistik nicht entnehmen, was für Gründe beim weiblichen Geschlecht zur Überweisung in die Fürsorgeerziehung maßgebend waren, soweit die Sexualität in Betracht kommt. Vergleiche ich nach der Tafel III das weibliche und das männliche Geschlecht unter diesem Gesichtspunkt, so sehen wir, daß von 150 weiblichen Fürsorgezöglingen 109 wegen Umhertreiberei mit Geschlechtsverkehr und nur 3 wegen Umhertreiberei ohne Geschlechtsverkehr in Fürsorgeerziehung gekommen waren. Es würde das, was die erste Zahl betrifft,

einem Prozentsatz von 72 entsprechen. Es ist also dieser Prozentsatz, die Sexualität betreffend, fast so hoch, wie der Prozentsatz beim männlichen Geschlecht, die Kriminalität betreffend. Dem entspricht auch, daß 23 % der weiblichen Zöglinge bereits geschlechtskrank waren, wie sich aus Tafel IV ergibt, während nur einer der Untersuchten der männlichen Fürsorgezöglinge als geschlechtskrank bezeichnet ist.

Im übrigen ergibt die Tafel IV nur einen sehr unvollkommenen Überblick über die Erkrankungen, welche im Vorleben der Fürsorgezöglinge eingewirkt haben. Auffällig gering erscheint mir die Zahl der Rachitischen und die Zahl der Hals-, Ohren- und Nasenerkrankungen. Wie bei meiner ersten Untersuchung konnte ich auch dieses Mal feststellen, daß die Zahl der Degenerationszeichen nicht so groß ist, wie sich a priori erwarten ließ (Tafel V). Auffällig hoch sind dagegen einzelne hysterische Stigmata; z. B. das Fehlen des Rachenreflexes und das Vorhandensein der Dermatographie, während Fälle mit zahlreicheren hysterischen Stigmata außerordentlich selten waren, so daß ich nur selten, auch beim weiblichen Geschlecht, zur Diagnose Hysterie kam. Ebenso waren selten die Zeichen für hereditäre Syphilis. Auch dieses Mal machte das Gros der gesamten untersuchten Zöglinge einen körperlich gut entwickelten und widerstandfähigen Eindruck; vor allen Dingen war auch stets der Ernährungzustand ein recht guter. In allen Instituten hatte ich immer den Eindruck, daß die Zöglinge sauber gehalten und gut genährt waren.

Überblicken wir die Tafel VI, welche speziell die Resultate der Intelligenzprüfung zusammenstellt, so sehen wir, daß der Prozentsatz des mangelhaften oder negativen Ausfalles der Intelligenzprüfung erst bei den Prüfungen in Erscheinung tritt, wo eine ausgesprochene Inanspruchnahme des Kritik- und Urteilsvermögens gefordert wird, nur bei der Prüfung der Merkfähigkeit für Zahlen und Worte sind die Resultate etwas schlechter. Auffällig gebessert gegen meine vorigen Untersuchungen hat sich der Prozentsatz, soweit der Masselonsche Versuch und die rückläufigen Assoziationen in Betracht kommen. Ich glaube diese Tatsache darauf zurückführen zu müssen, daß beim Unterricht häufiger entsprechende Prüfungen vorgenommen worden sind. Immerhin sind es aber noch 50 %, bei denen mehrere Defekte während der Intelligenzprüfung zutage traten.



Die Tafel VII kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen. Ich war in der Bezeichnung der pyschischen Eigentümlichkeiten auf die Angaben der Leiter der verschiedenen Erziehungsanstalten angewiesen. Immerhin lassen aber diese nur bei einem geringen Prozentsatz gemachten Angaben die Annahme zu, daß das Gros der psychopathischen Zöglinge einfache Imbezille sind, ohne besonders schwere degenerative Charaktermerkmale. Ich komme hierauf gleich zurück.

Was die medizinische Diagnose betrifft, so habe ich (vergl. Tabelle VIII) nur zweimal die Diagnose Idiotie gestellt; dagegen in 26 % bei insgesamt 98 Fällen die Diagnose Imbezillität; in weiteren 26 % bei insgesamt 96 Fällen konnte ich leichte Imbezillität feststellen. In 2 Fällen lautete die Diagnose ganz leichte Imbezillität. Man könnte diese Fälle auch als Debile bezeichnen. Hysterie konnte ich nur in 3 %, und zwar nur beim weiblichen Geschlecht, feststellen. Die Diagnose Imbezillität mit degenerativem Charakter konnte ich nur in 1% stellen. Moralische Idiotie ließ sich in 2 Fällen nachweisen; der Typus des geborenen Verbrechers in 3 %; je einmal ließ sich Geisteskrankheit, Homosexualität und ausgesprochene Psychopathie nachweisen.

Ich muß aber hierzu bemerken, daß sich begreiflicherweise gerade die Diagnose der Psychopathie unter allen den verschiedenen Erscheinungsreihen, die damit zusammenhängen, bei einer einmaligen Untersuchung sehr schwer stellen läßt, daß dazu vielmehr eine längere Beobachtung, wie sie nur in der Beobachtungstation durchgeführt werden kann, nötig ist. Ich komme am Schlusse nochmals hierauf zurück.

Aus dem Gesamtresultate (Tabelle IX) möchte ich hervorheben, daß ich dieses Mal 39 % als nicht krank habe bezeichnen können. Es ist diese Zahl um 2 % höher, als bei meiner früheren Untersuchung. Als minderwertig mußte ich 49 % bezeichnen, als leicht minderwertig 11 %. Während ich das vorige Mal auf nur 39 % für die Fürsorgeerziehung Geeigneter kam, ist dieses Mal dieser Prozentsatz auf 51 gestiegen. Der Prozentsatz der nicht Geeigneten = 39 % deckt sich ungefähr mit dem Prozentsatz von 40, der bei der vorigen Untersuchung ermittelt wurde. Es hat sich also die Zahl der nicht Geeigneten seit der letzten Untersuchung im wesentlichen nicht ver-



ändert. Die Differenz in dem Prozentsatz zwischen der diesmaligen und der vorigen Untersuchung erklärt sich dadurch, daß ich bei der vorigen Untersuchung noch 21 % als besserungfähig bezeichnete, während ich bei der diesmaligen Untersuchung nur in 7 % diese Angabe machte.

Diese Verschiedenheit in der Auffassung rührt daher, daß wir die Imbezillen, soweit sie in der Fürsorgeerziehung vorkommen, in zwei Gruppen scheiden müssen, in eine Gruppe, in der sich die einfach Imbezillen befinden, welche keinerlei degenerative Charaktereigenschaften aufweisen, d. h. es handelt sich um Fälle, welche, so lange sie in der Fürsorgeerziehung sind, ausgesprochene moralische Perversitäten, wie Neigungen zum Hetzen, Komplottieren, Davonlaufen, zu Gewalttätigkeiten und Wutanfällen, nicht aufweisen. Handelt es sich bei diesen Fällen nur um leichtere Grade der Imbezillität, so werden sie meistens als Muster von leicht lenkbaren Fürsorgezöglingen bezeichnet, sie stören die Erziehung der übrigen Vollsinnigen in keiner Weise, sind leicht zu leiten und gelten manchmal geradezu als Musterzöglinge. Sie tun auch sicher gut, so lange sie in der Fürsorgeerziehung sind, jemanden über sich haben, der für sie sorgt und über sie wacht. Begreiflicherweise wird ihr geistiger Besitzstand durch die Fürsorgeerziehung nicht wesentlich erweitert; sie verlassen die Fürsorgeerziehung im großen und ganzen als dieselben, als welche sie eingetreten sind. Wird aber nicht Fürsorge getroffen, daß sie auch weiter nach Ablauf der Fürsorgeerziehung mit Vollendung des 21. Lebensjahres unter Aufsicht gehalten werden, dann werden sie rasch scheitern. Denn leicht bestimmbar, wie sie sind, fallen sie jeder Verführung zum Opfer und kommen nur zu leicht auf die Bahn des Verbrechens.

Da sie auch im Sinne des Gesetzes (§ 6 [1] B. G.-B) als geistesschwach zu betrachten sind, empfiehlt es sich in diesen Fällen, die Entmündigung wegen Geistesschwäche durchzuführen, denn sie sind infolge ihres angeborenen Schwachsinns unfähig, sich im Leben selbständig zu behaupten oder im Sinne des Gesetzes den gesamten Kreis ihrer Angelegenheiten zu besorgen. Denn zu Angelegenheiten gehören nicht nur die Vermögensinteressen, welche bei den Zöglingen meist fast gar nicht in Betracht kommen, sondern auch alle die Angelegenheiten, welche die Bezie-



hungen zur Familie, zum Berufe und zum Staat in sich begreifen. Ein Urteil darüber abzugeben, wie diese Entmündigung bei derartigen aus der Fürsorgeerziehung entlassenen Zöglingen wirkt, halte ich für verfrüht, wenn wir auch bereits im Anschluß an meinen letzten Bericht bei etwa einem Dutzend Zöglingen die Entmündigung durchgeführt haben.

Der Zweck dieser Maßnahme ist natürlich nur erreicht, wenn der Vormund seine Pflicht tut und das Vormundschaftsgericht darüber wacht, daß der Vormund auch wirklich ein Führer des Zöglings ist. Wenn einzelne Gerichte, wie wir erfahren mußten, sich zunächst auf einen anderen Standpunkt stellten, so entspricht das nur den Erfahrungen, die wir auf anderen Gebieten der Entmündigung, soweit Geisteskrankheit und Geistesschwäche in Betracht kommt, nicht selten machen. Es sind das in der Regel Gerichte, bei denen höchst selten ein derartiges Entmündigungsverfahren vorkommt, denen also die nötige Erfahrung fehlt, bei denen auch wenige Beziehungen zu den Errungenschaften der modernen psychiatrischen Wissenschaft und der ganzen modernen Bewegung zur Sicherung vor den Gefahren der geistig Minderwertigen fehlt. Seitdem wir die zu entmündigenden Fürsorgezöglinge in die Beobachtungstation nach Göttingen überführen, hat es damit keine Schwierigkeiten mehr gegeben, weil die dortigen Gerichte am Sitze einer Universität über alle diese Fragen auch durch die tägliche Praxis eingehender orientiert sind.

Selbstverständlich ist, daß auch die Militärbehörde von allen derartigen Fällen, wie auch von den folgenden in Kenntnis gesetzt werden muß, damit die Einstellung derartig für den Militärdienst unbrauchbarer Personen vermieden wird[1]).

Ich wende mich zur Besprechung der zweiten Gruppe der Imbezillen, bei denen außerordentlich unangenehme Charaktereigenschaften, wie Lügen, Stehlen, Hetzen, Komplottieren, Davonlaufen, Neigung zu Wutanfällen und Gewalttätigkeiten im Vordergrund der Erscheinungen stehen. Es ist begreiflich, daß diese Fälle den Betrieb der Fürsorgeerziehung aufs schwerste stören. Da diese unangenehmen Charaktereigenschaften auf einer

[1]) Vergl. *A. Cramer,* Die Grenzzustände in Armee und Marine. Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1910, April.



ausgesprochenen krankhaften Grundlage beruhen und durch Fürsorgeerziehung in keiner Weise zu beeinflussen sind, liegt es auf der Hand, daß derartige Fälle aus der Fürsorgeerziehung entfernt werden müssen. Sie in Anstalten für Geisteskranke unterzubringen, halte ich für ebensowenig angängig wie die Aufnahme von denjenigen Fällen, bei denen neben einer ausgeprägten Psychopathie dieselben unangenehmen Charaktereigenschaften bestehen; denn auch hier handelt es sich nicht um geisteskranke Individuen. Notwendig ist allerdings, daß diese Zustände, die wir bei einer einmaligen Untersuchung nicht erkennen können, in der Beobachtungstation festgestellt werden. Auch darf die Beobachtungzeit nicht zu kurz bemessen werden, weil diese unangenehmen Eigenschaften gewöhnlich erst nach einigen Wochen hervorzutreten pflegen. Ist aber die Diagnose mit Sicherheit klargestellt, dann ist eine andere Unterbringung dieser Zöglinge unbedingt erforderlich. Diese kann nach meiner Überzeugung nur in einer Anstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge geschehen. Ähnlich wie der neue Entwurf für das Strafgesetzbuch Anstalten vorsieht für solche Fälle, welche weder ausgesprochen geisteskrank noch völlig gesund sind, muß ein derartiges Institut eingerichtet werden. Es kommt hier neben der Behandlung noch die sichere Verwahrung in Betracht, dabei muß auch der Erziehungzweck im Auge behalten werden. Soll in einem solchen Institut noch ein Erfolg erzielt werden, so muß unter ärztlicher Anleitung auf eine weitgehende Individualisierung Bedacht genommen werden; wenn auch dem Zögling durch die ganze Einrichtung und Handhabung der Anstalt immer wieder vor Augen geführt werden muß, daß man keine Angst vor ihm hat und mit ihm fertig zu werden versteht, so muß doch darauf Bedacht genommen werden, daß man jedem Versuch der Zöglinge, sich zusammenzunehmen und sich zu bessern, in weitestgehender Weise entgegenkommt. Der Zögling soll also nicht „gebrochen" werden, wie man manchmal hört, sondern er soll „aufgerichtet" werden.

Auf diese Weise wird es gelingen, wenigstens einzelnen von diesen Fällen noch eine Reihe von Hemmungen anzuerziehen, die ihnen vielleicht später wieder ein Leben draußen erlauben. Wie günstig ein derartiges Eingreifen wirkt, habe ich bei einem Fürsorgezögling gesehen, den ich eine Zeitlang im hiesigen Verwahrungshause unter-





gebracht hatte. Derselbe hat nach einem mehrmonatigen Aufenthalte daselbst gelernt, sich zu beherrschen und seine unangenehmen Eigenschaften zurückzudrängen, so daß er jetzt in der freien Anstalt sich tadellos führt und vielleicht auch später wieder draußen untergebracht werden kann.

Bei den Fällen, bei denen neben den degenerativen Charaktereigenschaften auch noch eine Imbezillität vorhanden ist, wird man, wie ich bereits angedeutet habe, danach streben müssen, vor der Entlassung aus der Fürsorgeerziehung die Entmündigung wegen Geistesschwäche durchzuführen. Bei den Fällen, bei denen lediglich auf Grund eines psychopathischen Charakters die unangenehmen Eigenschaften hervortreten, wird diese Entmündigung nicht möglich sein. Hier wird es immer wieder Fälle geben, welche trotz der Fürsorgeerziehung als ganz dieselben, mit allen bösen Instinkten und Trieben zum Verbrechen ausgestattet, ins Leben entlassen werden müssen. Ich bin überzeugt, daß, wenn wir erst entsprechende und sachkundig geleitete Institute für psychopathische Fürsorgezöglinge haben, es doch noch gelingt, einen Teil dieser Individuen durch Anerziehung der nötigen Hemmungen, wenn nur beizeiten mit der Behandlung begonnen wird, für das Leben brauchbar zu machen.

Auch beim weiblichen Geschlecht finden wir derartige Fälle. Es ist deshalb notwendig, daß wir neben einem solchen Institut für männliche auch ein solches Institut für weibliche Fürsorgezöglinge einrichten. Gerade unter den psychopathischen weiblichen Fürsorgezöglingen spielt die enorm gesteigerte sexuelle Appetenz eine sehr große Rolle. In manchen Fällen ist außer diesem gesteigerten Sexualtrieb nichts nachzuweisen. Wenn man diese 20 jährigen Mädchen sieht, bei denen alle bisherigen Erziehungversuche gescheitert sind, wird man immer wieder an den Spruch erinnert: Naturam expellas furca, tamen usque recurret. Man hat deutlich den Eindruck, daß sofort nach der Entlassung aus der Fürsorgeerziehung die Prostitution fortgesetzt werden wird; meist sind sie dabei durchaus vollsinnig, so daß an eine Entmündigung nicht gedacht werden kann. Auf der Beobachtungstation gehören sie zu den ungebärdigsten Elementen und machen durch ihren psychopathischen Charakter, der ständig zu Explosionen neigt, viel mehr zu schaffen, als die entsprechenden männlichen Individuen. Aber ich glaube





wie gesagt, daß auch hier, wenn diese Individuen beizeiten in eine entsprechende Behandlung in einem besonderen Institut für weibliche psychopathische Fürsorgezöglinge kommen, Erfolge wenigstens bei einzelnen nicht ausbleiben werden.

Die Zahl der psychopathischen Zöglinge mit oder ohne Intelligenzdefekt, welche in derartigen Beobachtungstationen werden Aufnahme finden müssen, wird nicht sehr groß sein. Nach meiner Überzeugung wird in unsrer Provinz die männliche Abteilung mit 30 bis 40, die weibliche Abteilung mit 10 bis 20 Betten auskommen.

Neben diesen psychopathischen Fürsorgezöglingen, welche nicht in der Fürsorgeerziehung bleiben können, gibt es aber noch eine ganze Reihe von Zöglingen, bei denen psychopathische Eigenschaften und ausgesprochene Intelligenzdefekte nicht nachzuweisen sind, bei denen man es aber mit der typischen Form des geborenen Verbrechers und mit einer moralischen Verkommenheit ohne ausgesprochene krankhafte Grundlage zu tun hat. Diese Fälle stören den Betrieb in den Fürsorgeerziehungsanstalten ebenfalls sehr; auch sie müssen nach meiner Ueberzeugung aus den Instituten für Fürsorgeerziehung im allgemeinen entfernt werden. Diese Absicht ist aber nur zu erreichen, wenn für diese Fälle besonders gesicherte Abteilungen eingerichtet werden.

Ich glaube indessen, daß es nicht zweckmäßig sein dürfte, derartige Abteilungen groß zu machen; es erscheint mir vielmehr zweckmäßiger, wenn bei jedem Erziehungsinstitut eine derartige kleine Abteilung vorhanden ist, in der derartige Individuen zweckmäßig und gesichert untergebracht werden können. Es erscheint mir das aus disziplinaren Gründen ganz besonders wichtig, denn die Zöglinge werden sich zum Teil sicher zusammennehmen, um nicht in diese gesicherte Abteilung übergeführt zu werden. Auch wird eine länger dauernde Isolierung, die immer schädlich wirkt, vermieden. Auch wirkt nach meiner Überzeugung gerade das Vorhandensein einer solchen Abteilung an Ort und Stelle sehr heilsam auf die Zöglinge. Ich weiß ja wohl, daß ich mich mit diesem meinem Vorschlag auf ein Gebiet begebe, auf dem ich nicht zuständig bin, nämlich auf das Gebiet der Erziehung. Nachdem ich aber gesehen habe, wie das Verwahrungshaus in Göttingen selbst bei Psychopathen und Imbezillen durch Einfügung von Hemmungen erzieherisch wirkt, halte ich mich doch für berechtigt, diesen



Vorschlag zu machen. Auch bei den weiblichen Fürsorgeerziehungsanstalten erscheint mir die Einrichtung derartiger Abteilungen dringend notwendig. Denn es wird dadurch die oft lange dauernde Absonderung in einem Einzelzimmer mit allen schädlichen Folgen für das betreffende Individuum vermieden.

Für jeden Menschen ist das Nichtstun ein Unglück, am allerschlimmsten gestalten sich aber die Dinge bei den im jugendlichen Alter stehenden Fürsorgezöglingen. Es muß deshalb bei Einrichtung dieser Abteilungen darauf Bedacht genommen werden, daß auch nicht einen Moment die Möglichkeit zur Beschäftigung unterbrochen wird.

Dank den beiden Fürsorgeerziehungskursen, welche in Göttingen am 1.—3. Okt. 1907 und 3.—5. Jan. 1910 stattgefunden haben, und dank der nun zweimal vorgenommenen psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgezöglinge ist es mir möglich gewesen, mit den Leitern und Behörden der verschiedensten Fürsorgeerziehungsinstitute in nähere Beziehung zu treten; ich glaube, daß wir gegenseitig voneinander gelernt haben, wenigstens möchte ich wieder betonen, daß ich persönlich mir einen ganz anderen Überblick über das Wesen und die Bedeutung der Fürsorgeerziehung durch das praktische Zusammenarbeiten mit diesen Herren verschafft habe. Ich kann auch nur konstatieren, daß der Ton in den Fürsorgeerziehungsanstalten der Provinz durchaus human ist. Nicht wenig mag dazu beigetragen haben, daß ein Teil der schwer zu behandelnden und das Erziehungswerk störenden Elemente wenigstens zeitweilig durch die Beobachtungstation aus den Instituten entfernt wurde. In diesem Sinne hat sich namentlich auch Pastor *Backhausen* ausgesprochen, welcher mir erklärte, daß es seit Einrichtung dieser Station wesentlich besser im Stephansstift geworden sei, und daß es ihm auch leichter falle, den Zöglingen die Freiheit zu gewähren, die er für ihre günstige Entwicklung für unbedingt notwendig halte.

Nachdem ich nun Gelegenheit gehabt habe, die beiden Dreimaster für Fürsorgezöglinge in Emden zu besuchen, nachdem ich gesehen habe, wie außerordentlich frei die Behandlung der dortigen Zöglinge ist, und was für günstige Resultate mit dieser freien Behandlung erzielt werden, kann ich nur wiederholen, was ich bereits in meinem ersten Berichte hervorgehoben habe, daß nämlich



die Fürsorgeerziehung dann die besten Resultate zeitigt, wenn möglichst individualisierend und möglichst wenig beschränkend bei der Erziehung vorgegangen wird. Gerade das System auf den Fürsorgeschiffen, daß die Jungen, welche sich besonders gut machen, Auszeichnungen erhalten, wenn es auch nur in Gestalt eines bunten Läppchens ist, daß sie Gelegenheit haben, Geld zu verdienen, und daß sie zum Leichtmatrosen avancieren können, erscheint mir besonders nachahmenswert und wird sich in geeigneter Weise auch bei den anderen Fürsorgeerziehungsinstituten einrichten lassen. Besonders wohltuend aufgefallen ist mir auch bei den Fürsorgeschiffen, daß die Zöglinge regelmäßig des Sonntags Ausgang bekommen, daß sie sogar eine geringe Geldsumme mitbekommen, und daß sie weiter einen Fußballklub gebildet haben, in dem sie nicht nur unter sich selbst spielen, sondern auch Herausforderungen zu einem Kampfe mit den Fußballklubs in Emden und Bremen annehmen. Wenn man derartige Dinge hört und sieht, dann wird man sich der Überzeugung nicht verschließen können, daß unsere Fürsorgeerziehung doch nicht so schlecht ist, wie sie manchmal in den Zeitungen gemacht wird, sondern daß auch erfreuliche Bilder dabei vorkommen.

Läßt es sich erreichen, daß Aufnahmestationen für psychopathische Zöglinge und gesicherte Abteilungen für unsoziale Elemente in dem von mir besprochenen Sinne eingerichtet werden, dann würde sich auch bei den anderen Fürsorgeerziehungsanstalten erreichen lassen, daß das Gros der Zöglinge bei durchaus freiem Betrieb nicht „gebrochen", sondern „aufgerichtet" werden kann.

Im Anschluß hieran möchte ich noch kurz auf eine katamnestische Untersuchung eingehen, welche Pastor *Backhausen* bei 100 von mir vor drei Jahren untersuchten Fürsorgezöglingen unternommen und mir in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat. Unter 41 von 100 Zöglingen, die damals von Pastor *Backhausen* und von mir als geeignet für die Fürsorgeerziehung bezeichnet worden sind, haben sich 18 gut geführt, haben sich entweder eine Stellung erworben oder sind mit Erfolg Soldat geworden; 14 haben sich draußen behauptet, ohne kriminell zu werden, aber häufiger ihre Stellung gewechselt; 5 sind gescheitert; von 4 ist das Schicksal unbekannt. Von 27 von *Backhausen* und mir als ungeeignet bezeichneten Fürsorgezöglingen haben 10 bei dauernder Aufsicht eine befriedigende Führung gezeigt;

einer ist als kriminell und geisteskrank in einer Irrenanstalt untergebracht; 5 haben sich als Verbrecher erwiesen und sind ohne feste Stellung geblieben; 9 sind unbeeinflußbare Wegläufer und unverbesserliche Übeltäter geblieben, 3 davon befinden sich in einer geschlossenen Anstalt; bei 2 ist das Schicksal unbekannt. Bei 28, welche von mir als kaum geeignet oder zweifelhaft, zum Teil auch als besserungfähig (6) bezeichnet worden sind, haben sich 9 gut geführt; 5 befinden sich in einer unselbständigen Stellung unter Aufsicht; 3 sind gescheitert; 4 befinden sich in einer geschlossenen Anstalt und sind gänzlich unbeeinflußbar; 2 sind kriminell; bei 5 ist der Ausgang unsicher. Von 4 von mir als möglicherweise geeignet bezeichneten hat sich einer gut geführt; 3 sind gescheitert. Die Prognose hat sich also unter den als geeignet bezeichneten in 78 %, unter den als unerziehbar bezeichneten in 63 %, unter den als kaum geeignet bezeichneten in 50 % und in den als möglicherweise geeignet bezeichneten in 25 % bestätigt. Daß einzelne von denen, die als nicht geeignet oder als möglicherweise geeignet bezeichnet worden sind, doch noch günstig sich entwickelt haben, beruht darauf, daß, wie ich oben ausgeführt habe, gelegentlich nach einem ein- bis zweijährigen Stillstand eine weitere Entwicklung der Intelligenz zustande kommt, oder daß der festgestellte Zustand von Psychopathie nur ein vorübergehender ist.

Auch das Ergebnis dieser in 100 untersuchten Fällen angestellten Katamnese weist uns darauf hin, *daß eine immer von Zeit zu Zeit zu wiederholende Untersuchung der Fürsorgezöglinge ein unabweisbares Erfordernis ist.*

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz auf die Ergebnisse unserer Beobachtungsstation zurückkommen[1]).

Vom 1. Juli 1907 bis 31. März 1910 wurden in unserer Beobachtungstation 72 Zöglinge beobachtet. Von ihnen mußten 27, also 37,2 %, als einer länger dauernden Anstaltpflege bedürftig bezeichnet werden, ein Drittel dieser 27 Fälle war erheblich schwachsinnig, besonders auf ethischem Gebiet; außerdem mußten einige Idioten, Epileptiker, einige Fälle von Jugendirresein und einige degenerative

[1]) Genauer geht auf diese Verhältnisse Dr. *Redepenning* im folgenden Artikel „Über die psychiatrische Beobachtungsabteilung für Fürsorgezöglinge in Göttingen“ ein.

Psychopathen, die gleichzeitig schwachsinnig waren, zu dieser Gruppe gerechnet werden. Von denen, die einer Anstaltpflege nicht bedürftig waren, waren einige geistig gesund, einige leicht schwachsinnig, einige Psychopathen ohne Intelligenzdefekte. Interessant ist die Statistik über die Kriminalität dieser Zöglinge. Überhaupt kriminell einschließlich der geschlechtlichen Verfehlungen der Mädchen sind 95,8 %, Umhertreiben und geschlechtliche Vergehen fanden sich bei den Mädchen in 55,6 %; 33,3 % der Mädchen waren geschlechtskrank gewesen; Rohheitverbrechen hatten 31,9 % der zu beobachtenden Zöglinge begangen; 45,8 % waren bestraft. —

Wenn ich die Resultate der diesmaligen Untersuchung zum Schluß nochmals kurz zusammenfassen darf, so gehen sie dahin:

1. Der Prozentsatz der Psychopathischen und Imbezillen ist im großen und ganzen der gleiche geblieben.

2. Die Imbezillen unter den Fürsorgezöglingen zerfallen in zwei Gruppen, in solche ohne unangenehme Charaktereigenschaften, welche, wenn auch meist ohne Erfolg, in der Fürsorgeerziehung gut gehalten werden können, und in solche mit unangenehmen Charaktereigenschaften.

3. Für die letzteren sowie für die Psychopathen mit unangenehmen Charaktereigenschaften müssen Institute für psychopathische Fürsorgezöglinge eingerichtet werden. Diese Institute brauchen nicht sehr groß zu sein.

4. Es erscheint erwünscht, daß die einzelnen größeren Erziehungsinstitute besonders gesicherte Abteilungen für vollsinnige, nicht psychopathische Zöglinge mit unangenehmen Charaktereigenschaften erhalten. Werden diese Institute eingerichtet, so wird sich die Erziehung der übrigen Zöglinge noch viel freier gestalten lassen, und der Erfolg wird ein noch besserer sein.

5. Unter den Imbezillen und psychopathischen Fürsorgezöglingen gibt es vereinzelte Fälle, bei denen eine Besserung des krankhaften Zustandes eintritt.

6. Die Beobachtungstation in Göttingen hat sich als ein wichtiges Mittel bewährt, um die psychopathischen Zöglinge zu erkennen und auszusondern, und ferner, um in geeigneten Fällen die notwendige Entmündigung durchzuführen.

7. Unter den Fürsorgezöglingen befinden sich a) vollsinnige, gut erziehbare in etwa der Hälfte. b) Imbezille und Psychopathen in





geringer Zahl, deren Zustand sich noch bessern kann. c) Imbezille ohne unangenehme Charaktereigenschaften, welche die Fürsorgeerziehung nicht stören, welche aber im späteren Leben nicht selbständig werden können. d) Imbezille mit unangenehmen Charaktereigenschaften, welche ebenso wie die Degenerativen mit unangenehmen Charaktereigenschaften für die Fürsorgeerziehung sehr störend sind. Ihre Zahl ist nicht sehr groß. e) Geisteskranke, Degenerative, Epileptiker und Idioten in geringer Zahl, welche in der Fürsorgeerziehung nicht bleiben können. f) Vollsinnige und nicht psychopathische Fürsorgezöglinge mit unangenehmen Charaktereigenschaften, welche zum Teil nicht zu bessern sind, und für welche nach Ablauf der Fürsorgeerziehung in einer lex ferenda die nötige Fürsorge getroffen werden muß, um das Publikum vor ihnen zu schützen.

8. Armee und Marine müssen von allen psychopathischen und nicht ganz vollsinnigen Fürsorgezöglingen freigehalten werden.

### Tafel I. Belastende Momente.

| | Frauenheim 116 | Magdalenium 34 | Moorburg 6 | Stephansstift 83[1]) | Kästorf 9 | Kalandshof 123 | Summa 371 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Uneheliche Geburt | 18 | 4 | . | 12 | . | 11 | 45 | 12% |
| Trunksucht des Vaters | 23 | 6 | 1 | 24 | 3 | 17 | 74 | 20% |
| „ der Mutter | 3 | 3 | 1 | 3 | . | 2 | 12 | 3% |
| Kriminalität des Vaters | 28 | 9 | 4 | 18 | 3 | 18 | 80 | 22% |
| „ der Mutter | 16 | 7 | 4 | 12 | 2 | 8 | 49 | 13% |
| „ der Geschwister | 1 | 1 | . | 4 | 1 | 1 | 8 | 2% |
| Beide Eltern kriminell | 9 | 2 | 3 | 5 | . | 5 | 24 | 6% |
| Sexuelle Delikte der Mutter | 25 | 4 | . | 11 | 1 | 7 | 48 | 13% |
| „ Delikte der Schwester | 6 | 3 | . | 2 | . | 3 | 14 | 4% |
| Vater im Konkubinat lebend | . | . | . | . | . | 1 | 1 | . |
| Geschwister in Fürsorge | 9 | 2 | 1 | 4 | . | . | 16 | . |
| Vater geisteskrank | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . |
| Mutter „ | . | . | . | 1 | . | 1 | 2 | . |
| „ Epilepsie | . | . | . | . | . | 3 | 3 | . |
| Bruder „ | . | . | . | . | . | 1 | 1 | . |

[1]) Die abweichenden Ziffern beim Stephansstift rühren daher, daß dort nicht bei allen Untersuchungen die anamnestischen Angaben ausgefüllt waren.

34*

## Tafel II. Gesamtzahl.

| | Frauenheim 116 | | Magdalenium 34 | | Moorburg 6 | | Stephansstift 83 | | Kästorf 9 | | Kalandshof 123 | | Summa 371 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [1]) ....... | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| Keine Belastung . | 48 | 41% | 16 | 47% | 1 | 17% | 35 | 45% | 4 | 45% | 82 | 67% | 191 | 51°/ |
| Direkte „ . . | 68 | 59% | 18 | 53% | 5 | 83% | 48 | 55% | 5 | 55% | 41 | 33% | 185 | 49% |
| (Trunkenheit, kriminelle, sexuelle Delikte) .... | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| Belastung von beiden Seiten . . | 14 | 13% | 4 | 12% | 3 | 50% | 9 | 10% | 1 | 11% | 13 | 11% | 54 | 15% |

## Tafel III. Antisoziale Neigungen.

| | Frauenheim 116 | Magdalenium 34 | Moorburg 6 | Stephansstift 83 | Kästorf 9 | Kalandshof 123 | Summa 371 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gewalttätig, jähzornig, Wutanfälle ...... | 1 | 6 | . | 12 | . | 14 | 33 | 9% |
| Selbstmordversuche ... | . | 1 | . | . | . | 1 | 2 | . |
| Geboren haben ..... | 11 | 3+1? | . | . | . | . | 14 +1 | 10% |
| Pseudologia phantastica . | . | 1 | . | . | . | . | 1 | . |
| Lügen .......... | 16 | 11 | . | 32 | 5 | 29 | 93 | 21% |
| Betteln .......... | . | . | . | . | 1 | 8 | 9 | 2% |
| Diebstahl, Hehlerei ... | 50 | 13 | 6 | 58 | 8 | 73 | 208 | 56% |
| Einbruch ....... | . | . | . | 2 | 2 | 8 | 12 | 3% |
| Betrug, Unterschlagung, Urkundenfälschung . . | 7 | 6 | 2 | 23 | 1 | 32 | 71 | 19% |
| Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung ..... | 1 | . | . | 13 | . | 5 | 19 | 5% |
| Körperverletzung .... | 2 | . | . | 3 | . | 5 | 10 | 3% |
| Brandstiftung ...... | . | 2 | . | 5 | . | 1 | 8 | 2% |
| Tierquälerei ...... | . | . | . | . | . | 3 | 3 | 1% |
| Schulschwänzerei .... | 1 | ? | ? | 13 | . | 33 | 47 | . |

[1]) Indirekte Belastung ist fortgelassen, da das Resultat gar zu wenig genau ausfallen würde.

| | Frauen-heim | Magda-lenium | Moorburg | Stephans-stift | Kästorf | Kalands-hof | Summa | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 116 | 34 | 6 | 83 | 9 | 123 | 371 | |
| Umhertreiberei mit Geschlechtsverkehr[1]) . . . | 88 | 21 | . | . | . | . | 109 | 73% |
| Umhertreiberei ohne Geschlechtsverkehr[2]) . . | 2 | 1 | 1 | 41 | 8 | 53 | 106 | 29% |
| Frühzeitige sexuelle Erregung . . . . . . . . | 66 | 14 | 1 | 10 | . | 2 | 93 | 25% |
| Blutschande . . . . . . . | 11 | . | . | . | . | . | 11 | 3% |
| Abtreiben . . . . . . . . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . |
| Als kriminell bezeichnet ohne Angabe . . . . . | 1 | 9 | . | 1 | . | . | 11 | 3% |
| Betrunken . . . . . . . . | 1 | . | . | . | . | 4 | 5 | 1% |
| Sexuelle Delikte (Prostitution) . . . . | 11 | 7 | . | 12 | 2 | 15 | 47 | 13% |
| Insgesamt kriminell . . . | 66 | 24 | 6 | 79 | 9 | 103 | 287 | 77% |
| Bestraft (verbüßte Strafe[2]) | 20 | 2 | 2 | 25 | . | 43 | 92 | 25% |

## Tafel IV. Körperliche Entwicklung[3]) (wird angegeben!).

| | Frauen-heim | Magda-lenium | Moorburg | Stephans-stift | Kästorf | Kalands-hof | Summa | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 116 | 34 | 6 | 83 | 9 | 123 | 371 | |
| Geschlechtskrankheiten . | 25 | 9+1? | . | . | . | 1 | 35 +1 | 10%[4]) |
| Scharlach . . . . . . . | 3 | 3 | . | 4 | . | . | 10 | . |
| Krämpfe . . . . . . . . | 8 | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 18 | 5% |
| Gehirnentzündung . . . . | 2 | . | . | . | . | . | 2 | . |
| Genickstarre . . . . . . | 1 | . | . | . | . | . | 1 | . |
| Lungenentzündung . . . | 5 | 2 | 1 | 6 | . | 6 | 20 | . |

[1]) Ist nur bei weiblichen Zöglingen angegeben, s. auch unter sexuellen Delikten.

[2]) Soweit angegeben.

[3]) Die wirkliche Erkrankungsziffer wird überall bedeutend höher liegen.

[4]) Für die weiblichen Zöglinge allein berechnet ergibt sich 23 %.

| | Frauen-heim 116 | Magda-lenium 34 | Moorburg 6 | Stephans-stift 83 | Kästorf 9 | Kalands-hof 123 | Summa 371 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rachitis | 9 | . | 1 | 7 | 3 | 10 | 30 | 8% |
| Tuberkulose (verschiedene Formen) | 5 | . | . | 1 | 2 | 5 | 13 | 4% |
| Trauma (Schädel) | 1 | . | . | 9 | . | 7 | 17 | 4% |
| Diphtherie | 4 | 2 | . | 4 | 1 | 4 | 15 | . |
| Bettnässen | 1 | 1 | . | 3 | . | 1 | 6 | 2% |
| Zerebrale Kinderlähmung | . | 2 | . | . | . | . | 2 | . |
| Typhus | 1 | 1 | . | . | . | . | 2 | . |
| Hals, Ohr- und Nasenerkrankung | 1 | 1 | . | . | . | 2 | 4 | . |
| Nervenzucken | . | . | . | 1 | . | . | 1 | . |

**Tafel V. Körperliche Untersuchung.**

| | **Frauen-heim 116** | **Magda-lenium 34** | **Moorburg 6** | **Stephans-stift 87** | **Kästorf 9** | **Kalands-hof 124** | **Summa 376** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **a) Kopf, Mund, Nase:** | | | | | | | |
| **Rachenreflex fehlt** | 40 | 13 | 4 | 50 | 6 | 7 | 185 |
| **Gesichtsasymmetrie** | 2 | . | . | . | . | . | 2 |
| **Clavus** | 2 | . | . | . | . | . | 2 |
| **Globus** | 4 | . | . | . | . | . | 4 |
| **Prognathie** | 7 | 1 | 1 | 6 | 4 | 11 | 30 |
| **Prognosie** | 12 | 2 | . | 6 | . | 3 | 23 |
| **Angewachsene Ohrläppchen** | 16 | 6 | . | 13 | 2 | 20 | 57 |
| **Henkelohren** | 2 | . | 5 | 6 | . | 14 | 27 |
| **Zusammengewachsene Augenbrauen** | 3 | 1 | . | 7 | 1 | 12 | 24 |
| **Augenmuskellähmung** | 3 | 3 | . | . | . | 1 | 7 |
| **Gefleckte Iris** | 5 | . | . | 19 | 1 | 16 | 41 |
| **Hydrozephalischer Habitus** | 1 | . | . | 1 | . | 5 | 7 |
| **Mongoloid-Typus** | 2 | . | . | 1 | . | 2 | 5 |
| **Fliehende und niedrige Stirn** | . | 2 | . | 3 | 1 | 4 | 10 |

| | Frauenheim 116 | Magdalenium 34 | Moorburg 6 | Stephansstift 87 | Kästorf 9 | Kalandshof 124 | Summa 376 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fazialisparese | 1 | . | 1 | 10 | 1 | 7 | 20 |
| Tic | . | . | . | 1 | . | . | 1 |
| Nystagmus | 1 | . | . | . | . | . | 1 |
| Exophthalmus | 1 | 1 | . | . | . | . | 2 |
| Unregelmäßige Zahnstellung | 11 | 2 | . | 8 | 1 | 17 | 39 |
| Hohlmeißelzähne | 1 | . | . | . | . | 2 | 3 |
| Sattelnase | 1 | . | . | . | . | . | 1 |
| Mikrozephalie | . | . | 2 | 1 | . | . | 3 |
| Kropf | . | 1 | . | 1 | . | . | 2 |
| Turmschädel | . | 1 | . | 1 | . | 4 | 6 |
| Mitflattern | . | . | . | 1 | . | . | 1 |
| b) Rumpf: | | | | | | | |
| Tätowierungen | 7 | 1 | 1 | 13 | 2 | 23 | 47 |
| Davon kriminell | . | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 | 12 |
| Sexuell | . | . | . | 1 | . | 3 | 4 |
| Dermatographie | 56 | 19 | 3 | 28 | 5 | 46 | 157 |
| Spinalirritation | 3 | 1 | . | . | . | . | 4 |
| Alte Rachitis | 7 | . | . | 7 | . | . | 14 |
| Anormaler Herzbefund | 1 | . | . | 11 | 1 | 19 | 32 |
| Sensibilitätsstörungen | . | 3 | . | . | . | 3 | 6 |
| Unentwickelte Genitalien, mangelhafte Behaarung | . | . | . | 11 | . | 9 | 20 |
| Kryptorchismus | . | . | . | . | . | 1 | 1 |
| Kyphoskoliose | . | . | . | 2 | . | . | 2 |
| Naevus pigmentosus | . | . | . | 3 | . | . | 3 |
| c) Sinnesorgane: | | | | | | | |
| Gehörstörungen | . | . | . | 1 | . | . | 1 |
| Sehstörungen | 6 | . | . | 4 | . | 6 | 16 |
| Pupillenstarre (einseitig) | . | . | . | . | . | 1 | 1 |
| Farbenblind | . | . | . | 2 | 1 | 2 | 5 |
| d) Extremitäten: | | | | | | | |
| Reflexe lebhaft | 14 | 1 | . | . | 1 | 9 | 25 |
| „ herabgesetzt | 1 | . | . | . | . | . | 1 |
| Spasmen | . | . | . | 1 | . | . | 1 |
| e) Sprachstörungen: | | | | | | | |
| Stottern | . | . | 1 | 4 | 1 | 2 | 8 |



## Tafel VI. Intelligenzprüfung mangelhaft und negativ.

| | Frauen-heim 116 | Magda-lenium 34 | Moorburg 6 | Stephans-stift 87[1]) | Kästorf 9 | Kalands-hof 124 | Summa 376 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Erkennen von Bildern, Gegenständen . . . . | . | . | . | . | . | 3 | 3 | 1% |
| Orientierung über Zeit, Ort und Umgebung . . . . | 5 | 4 | 1 | 6 | 1 | 12 | 29 | 8% |
| Gedächtnis für die Vergangenheit . . . . . . . | 2 | . | 1 | 2 | 1 | 5 | 11 | 3% |
| Frische Aufnahmen (Merkfähigkeit) . . . . | 10 | 12 | . | 2 | 3 | 28 | 55 | 15% |
| Merkfähigkeit für Bilder und Figuren . . . . . | 4 | 7 | . | 9 | 1 | 12 | 33 | 9% |
| Merkfähigkeit für Zahlen und Worte . . . . . . | 41 | 20 | 1 | 34 | 3 | 41 | 140 | 37% |
| Merkfähigkeit für Sätze und ihren Inhalt . . . | 4 | 7 | . | 24 | 3 | 20 | 58 | 15% |
| Rückläufige Assoziationen | 13 | 6 | . | 13 | 2 | 8 | 42 | 11% |
| Urteil und Assoziation, Ebbinghaus . . . . . . | 19 | 7 | 1 | 37 | 3 | 30 | 97 | 26% |
| Masselon . . . . . . . . | 6 | 7 | 1 | 9 | . | 9 | 32 | 9% |
| Fähigkeit zu beschreiben | 5 | 6 | 2 | 15 | 1 | 15 | 44 | 12% |
| Fähigkeit zu definieren . | 43 | 16 | 2 | 57 | 5 | 57 | 180 | 48% |
| Fähigkeit, Sprichwort zu erklären . . . . . . . | 36 | 8 | 2 | 49 | 4 | 47 | 146 | 39% |
| Besitz an allgemeinen Vorstellungen . . . . . | 19 | 11 | . | 22 | 4 | 18 | 74 | 20% |
| Besitz an ethischen Vorstellungen . . . . . . | 23 | 6 | 2 | 36 | 3 | 29 | 99 | 26% |
| Urteilsfähigkeit . . . . . | 5 | 9 | 1 | 24 | 3 | 37 | 79 | 20% |
| Fachkenntnisse . . . . . | 3 | 4 | . | 9 | 2 | 5 | 23 | 6% |
| Unterschiedsfragen . . . | 4 | 4 | 1 | 11 | 1 | 10 | 31 | 8% |
| Schulkenntnisse (negativ)[2]) | 9 | 3 | 1 | 21 | 2 | 27 | 63 | 17% |
| Mehrere Defekte bei . . | 50 | 20 | 1 | 58 | 5 | 54 | 188 | 50% |

[1]) 87 Untersuchungen, 83 Anamnesen.
[2]) Das Resultat ist als nicht sicher zu bezeichnen.

Tafel VII. Psychische Eigentümlichkeiten[1]).

| | Frauenheim | Magdalenium | Moorburg | Stephansstift | Kästorf | Kalandshof | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 116 | 34 | 6 | 83 | 9 | 123 | 371 |
| Empfindlich | 1 | 6 | . | . | . | . | 7 |
| Stumpf | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | . | 10 |
| Albern, läppisch | 1 | 2 | . | 2 | . | 4 | 9 |
| Grausam | . | . | . | 4 | 1 | . | 5 |
| Neigung zu Stimmungsveränderungen | . | 3 | . | 2 | . | 1 | 6 |
| Willenschwach | . | . | . | 1 | . | . | 1 |
| Störrisch, zänkisch, boshaft | . | 3 | 1 | 6 | . | 1 | 11 |
| Zerstreut | . | . | . | 2 | . | . | 2 |
| Eigensinnig, unzugängig | . | . | . | 2 | . | 2 | 4 |
| Gemeine Gesinnung | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | . | 7 |

Tafel VIII. Medizinische Diagnose.

| | Frauenheim | | Magdalenium | | Moorburg | | Stephansstift | | Kästorf | | Kalandshof | | Summa | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 116 | | 34 | | 6 | | 87 | | 9 | | 124 | | 376 | |
| Idiotisch | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | . | . | . | . | 1 | . |
| Imbezill | 31 | 27% | 8 | 24% | . | . | 35 | 40% | 2 | 22% | 22 | 17% | 98 | 26% |
| Imbezill und hysterisch | . | . | 1 | 3% | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | . |
| Imbezill und degenerativ | . | . | . | . | . | . | 5 | 6% | . | . | . | . | 5 | 1% |
| Vielleicht imbezill | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Leicht imbezill | 30 | 26% | 7 | 21% | 2 | 33% | 23 | 26% | 4 | 44% | 30 | 24% | 96 | 26% |
| Ganz leicht imbezill | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 2 | 2% | 2 | . |
| Degenerativ | 6 | 5% | 5 | 15% | . | . | 6 | 7% | . | . | 3 | 2% | 20 | 5% |
| Vielleicht degenerativ | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Degenerativ und hysterisch | . | . | 1 | 3% | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | . |

[1]) Die Angaben über die Charakteristik sind zu ungleichmäßig (auch zu gering.)

| | Frauenheim 116 | | Magdalenium 34 | | Moorburg 6 | | Stephansstift 87 | | Kästorf 9 | | Kalandshof 124 | | Summa 376 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hysterisch . . . . | 10 | 9% | 1 | 3% | . | . | . | . | . | . | . | . | 11 | 3% |
| Moralisch idiotisch | 1 | 1% | 4 | 12% | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 6 | 2% |
| Reonatus . . . . . | 2 | 2% | . | . | 2 | 33% | 3 | 3% | . | . | 3 | 2% | 10 | 3% |
| Psychopathisch . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Mikrozephaler Idiot | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | . | . | . | . | 1 | . |
| Homosexuell? . . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | . | . | . | . | 1 | . |
| Geisteskrank . . . | 1 | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | . |
| Zu beobachten . . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | . | . | . | . | 1 | . |

**Tafel IX. Gesamtresultat.**

| | Frauenheim 116 | | Magdalenium 34 | | Moorburg 6 | | Stephansstift 87 | | Kästorf 9 | | Kalandshof 124 | | Summa 376 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Normal . . . . . | 50 | 43% | 7 | 20% | 2 | 33% | 21 | 24% | 3 | 33% | 63 | 51% | 146 | 39% |
| Fast normal . . . | . | . | 1 | 3% | . | . | . | . | 1 | 11% | 1 | 1% | 3 | 1% |
| Minderwertig . . . | 66 | 47% | 26 | 77% | 4 | 67% | 52 | 60% | 4 | 45% | 34 | 27% | 186 | 49% |
| Leicht minderwertig | . | . | . | . | . | . | 14 | 16% | 1 | 11% | 25 | 20% | 40 | 11% |
| Ganz leicht minderwertig . . . . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Für Fürsorgeerziehung geeignet | 66 | 57% | 11 | 32% | 3 | 50% | 35 | 40% | 5 | 56% | 73 | 59% | 193 | 51% |
| Für Fürsorgeerziehung noch geeignet . . . . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Für Fürsorgeerziehung geeignet (nachzuuntersuchen) . . . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 4 | 3% | 4 | 1% |
| Für Fürsorgeerziehung vorläufig geeignet . . . . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | . |
| Für Fürsorgeerziehung nicht geeignet . . . . | 46 | 38% | 18 | 53% | 3 | 50% | 38 | 43% | 3 | 33% | 39 | 31% | 147 | 39% |

| | Fraueg-heim 116 | | Magda-lenium 34 | | Moorburg 6 | | Stephans-stift 87 | | Kästorf 9 | | Kalands-hof 124 | | Summa 376 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Für Fürsorgeerziehung wahrscheinlich nicht geeignet . . . . | . | . | 1 | 3% | . | . | 1 | 1% | 1 | 11% | 1 | 1% | 4 | 1% |
| Für Fürsorgeerziehung vorläufig nicht geeignet . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | 1 | 1% |
| Besserungsfähig . . | 6 | 5% | 4 | 12% | . | . | 13 | 15% | . | . | 3 | 2% | 26 | 7% |
| Verdacht auf Geisteskrankheit . . . | . | . | . | . | . | . | 1 | 1% | . | . | . | . | 1 | . |

## Anlage. Schema zur Untersuchung.

**I. Laufende Nr.** ......................................................

**Name der Erziehungsanstalt** ........................................

Datum der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung ..........

**1. Vor- und Zuname, Alter und Heimat** (Ort und Kreis) des Zöglings

**2. Stand, Name und Wohnort der Eltern** ......................

**3. Belastende Momente:** I. Bei der Aszendenz (Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Nervosität, Epilepsie, Trunksucht, eigentümliche Charaktere, Kriminalität, Gewerbeunzucht bei Blutsverwandten) — II. Dasselbe bei Geschwistern.

**4. Kindheit:** (Sprechen- und Laufenlernen, Zahnkrämpfe und Krämpfe überhaupt, besondere schwere Erkrankungen, Verletzungen u. dergl.

**5. Verhalten in der Schule:** Allgemein, Charakter, Leistungen im Lesen, Schreiben und Rechnen.

**6. Verhalten im Beginn und Verlauf der Pubertät:** I. Etwaige psychopathische Erscheinungen, frühzeitige sexuelle Regungen — II. Bei Mädchen Eintritt der Periode — Bei Knaben ev. Angaben bei exzessiver Onanie.

**7. Kriminalität:** I. Wann zuerst (in welchem Alter)? — II. Wie oft im ganzen? — III. Welcher Art waren die kriminellen Handlungen, wie wurden sie bestraft? — IV. Neigungen zum Umhertreiben, Gewalttätigkeiten, Lügen — V. Bei dem weiblichen Geschlecht: Hat Prostitution und Umhertreiben mit Männern bestanden? — Evtl. in welchem Alter defloriert? — Fand Incest statt? — Hat eine geschlechtliche Infektion stattgefunden?

**8. Charakteristik des Zöglings** nach Beobachtung in der Anstalt. Dabei besonders zu erwähnen, ob und in welchem Alter eine Charakter-

veränderung oder ein Zurückbleiben in der Intelligenz beobachtet worden ist.

**9. Status. Körperlich:** Größe, Gewicht, Skelettbau — Hautbeschaffenheit (Naevi, Myxoedem) — Lymphdrüsen und Schilddrüse — Schädelasymmetrien — Kopfmasse — gerader, querer Umfang, Ohrbogen — Narben des Schädels — Degenerationzeichen am Schädel, Gesicht, an den Ohrmuscheln, am übrigen Körper — Hirnnerven — Augenlider — Bulbusbewegung — Pupillen: Weite, Reaktion — Sehfähigkeit — Facialis — Gehör — Geruch — Geschmack — Nase — Mundhöhle: Gaumen, Zäpfchen — Zunge (Stellung, Narben).

**Rumpf.** Situs der inneren Organe — Herz — Lunge — Bauchorgane — Urin (Menge, Zucker) — Reflexe (Bauchdecken, Cremaster) — Muskelerregbarkeit am Pektoralis — Extremitäten — Glieder und Gelenke — Reflexe: Biceps, Triceps, Periost, Patellar, Achilles, Sohlen, Zehen (Babinski) — Sensibilität — Haut — Augenfußschluß — Kniehackenversuch — Bewegungen — Muskelsinn, Tastsinn — Gang und Haltung.

**Psychisch:** Stimmung.

**Intellektuell.** Erkennen von Gegenständen, Farben, Bildern — Orientiertheit: Ort, Zeit, eigene Person, andere Personen, weitere Umgebung — Gedächtnis: ältere Vergangenheit, frische Aufnahme (Merkfähigkeit), für Bilder und Figuren, für Zahlen und Worte (Nachsprechen), für Sätze und ihren Inhalt — Rückläufige Assoziationen — Ebbinghausscher Versuch und Sätze bilden (Masselonscher Versuch) — Fähigkeit zu beschreiben: konkrete Gegenstände — Fähigkeit zu definieren: abstrakte Begriffe — Fähigkeit ein Sprichwort zu erklären — Fähigkeit Unterschiede klar zu legen (Ziehen) — Besitz an Vorstellungen allgem. Inhalts — Besitz ethischer Vorstellungen: (Erklärung von Geboten) — Besitz spez. Fachkenntnisse (Handwerk) — Urteilfähigkeit innerhalb des Besitzes der Vorstellungen — Formale Seite des Vorstellungsabschlusses: Verlangsamung — Beschleunigung — Inkohaerenz bei Reden und Erzählungen: Mangel an Zielvorstellungen.

**Handlungstörungen:** Psychisch bedingte Haltungsanomalien (katatone Symtome, namentlich Katalepsien, Stereotypien in Handlungen und Sprache, Grimassen und Manieren) — Verstandesstörungen — Sinnesstörungen — Wahnideen — Zwangsvorgänge — Triebartige Neigungen: Onanieren — Bettnässen — Weglaufen — Impulsivität und affektive Erregbarkeit.

**Endresultat:** Normal — Minderwertig.

**Diagnose:** Zur Fürsorgeerziehung — geeignet — nicht geeignet.

### II. Produktive Verwertung.

**1. Name:** .................... **Tag der Untersuchung:** ............

Jäger, Hase, Feld — Fluß, Berg, Tal — Bauer, Frühling, Korn — Sonne, Fenster, Stube — Richter, Diebe, Gefängnis — Soldat, Krieg, Vaterland.



**2. Name:** ................. **Tag der Untersuchung:** ..............

Auszug aus Ziehen Intelligenzprüfung. Seite 28.

Was ist der Unterschied zwischen:

Hand und Fuß? — Ochs und Pferd? — Vogel und Schmetterling? — Tisch und Stuhl? — Wasser und Eis? — Tür und Fenster? — Baum und Strauch? — Korb und Kiste? — Treppe und Leiter? — Teich und Bach? — Wolle und Leinen? — Kind und Zwerg? — Borgen und Schenken? — Geiz und Sparsamkeit? — Irrtum und Lüge?

**3. Name:** ................. **Tag der Untersuchung:** ..............

Sterntaler.

„Es war einmal ein Mädchen, dem war Vater und Mutter gestorben, und es war so arm, daß es schließlich nichts mehr hatte als die Kleider auf dem Leib und ein Stückchen Brot in der Hand. Das Mädchen war aber gut und fromm. Und weil es so von aller Welt verlassen war, ging es im Vertrauen auf Gott hinaus aufs Feld. Da kam ein armer alter Mann und sprach: gib mir zu essen, ich bin so hungrig. Das Mädchen reichte ihm sein Stück Brot und ging weiter. Bald darauf begegnete ihm ein Kind, das bat um Kleider, weil es fast nackt war und fror. Unser gutes Mädchen gab dem armen Kind auch seine Kleider hin und ging selber frierend weiter in den Wald. Wie es nun bis in die Nacht hinein so ging und gar nichts mehr besaß, weil es alles verschenkt hatte, fielen auf einmal die Sterne vom Himmel, und als das Mädchen sie aufhob, waren es lauter blanke Taler.“

**4. Name:** ................. **Tag der Untersuchung:** ..............

1. Ein Mädchen ging — grün — Wald — zieren. Da — es ein Reh. Das — hatte ein braunes — und schöne braune — gen. Das — — ging näher; da stutz — da Reh und — eiligst ins Dick — .
2. Dichte Wolkenmass — hatten schon seit mehr — — Tagen die — — nicht mehr zum Durch — kommen las — ; aber heute war der — — klar; es war — schönste Wet — , ein selten schöner Winter — ! Die Uhr hatte bereits drei ge — — ; die Sonne wollte soeb — am Hori — verschw — — und sandte ihre letzen gold — — Strahlen durch die entlaubten — — der alten knorrigen Eichen: da er — — durch die hohen Fen — des Kirchturms liebliches Glockengel — — .

Auszug aus Ziehen Intelligenzprüfung. Seite 45.

Nach langer Wand — — in dem fremden Lande fühlte ich mich so schwach, daß ich — — Ohn — nahe war. Bis — Tode — mattet f — ich ins Grab nieder und — bald fest ein. Als ich erw — — , war es schon längst T — . Die S — — strahlen schienen — ganz unerträglich ins — — , da ich auf — Rücken — . Ich wollte au — — aber sonderbarerweise konnte ich — Glied rühren, ich f — — mich wie — lähmt. Verwundert s — ich mich um, da entdeckte — , daß — — Arme und B — — ja selbst meine damals sehr l — — und dicken Haare mit Schnüren und B — — an Pflöcken — — stigt waren, welche fest in der Erde — — .



# Die psychiatrische Beobachtungstation für Fürsorgezöglinge in Göttingen.

Von

Assistenzarzt Dr. med. **Redepenning.**

Seit der Einrichtung der Fürsorgeerziehung ist über die Mitwirkung der Ärzte und besonders der Psychiater an den verschiedensten Stellen, auf Versammlungen und in Zeitschriften, auch wieder holt in der Tagespresse, verhandelt worden. Die allgemeinen Ge sichtspunkte sind so häufig besprochen und die Forderungen so wiederholt aufgestellt, daß ein Eingehen auf die Literatur an dieser Stelle nicht mehr erforderlich erscheint. Das Gemeinsame ist, daß eine psychiatrische Untersuchung der in Frage kommenden Personen vor ihrer Einstellung in die Fürsorgeerziehung, ferner eine regelmäßig wiederholte Untersuchung aller Zöglinge und eine Ausscheidung der infolge geistiger Abnormität nicht zur Erziehung geeigneten von den übrigen verlangt wird, und daß entweder im Anschluß an Irrenanstalten oder an Anstalten für Epileptische und Idioten oder an Erziehungsanstalten die Einrichtung besonderer Abteilungen für geistig abnorme Zöglinge unter dauernder ärztlicher Leitung als wünschenswert bezeichnet wird.

Einige dieser Forderungen sind bereits erreicht, und die Provinz Hannover hat in mehrfacher Hinsicht die führende Rolle übernommen. Während ich in bezug auf das, was in anderen Provinzen geschehen ist, auf die am Schluß angeführte Literatur (1) verweisen muß, will ich im folgenden kurz darstellen, was in unserer Provinz bisher auf diesem Gebiet erreicht ist.

Zweimal sind planmäßige neurologisch-psychiatrische Untersuchungen der nicht mehr schulpflichtigen und einmal der schulpflichtigen Zöglinge unternommen worden, und zwar im



Frühjahr 1907 durch *Cramer* und im Herbst 1909 durch *Cramer* und *Mönkemöller*. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind teils schon veröffentlicht (2), teils steht ihre Veröffentlichung unmittelbar bevor. Im Anschluß an die erste Untersuchung fand in Göttingen ein Informationskursus für die Leiter der Erziehungsanstalten statt, an die sich etwas erregte Erörterungen für und wider das Eingreifen der Psychiatrie unter einigen Anstaltsleitern (3) entspannen. Für uns bestand das praktische Ergebnis darin, daß vom Juli 1907 ab in unserer Anstalt eine Beobachtungstation für solche Fürsorgezöglinge eingerichtet wurde, bei denen eine längere Beobachtung wünschenswert erschien. Bevor ich nun über die Erfahrungen, die wir seit nunmehr $2^3/_4$ Jahren gesammelt haben, berichte, will ich noch bemerken, daß anfangs dieses Jahres ein neuer Informationskursus in Göttingen stattfand, an dem zahlreiche Juristen, Theologen, Ärzte und Erzieher aus der Provinz Hannover, Westfalen und der Rheinprovinz teilnahmen, und daß eine Wiederholung dieser Kurse in Aussicht genommen ist.

Im ganzen sind bis Ende März 72 Fürsorgezöglinge, und zwar 54 männliche und 18 weibliche, in unserer Anstalt beobachtet worden. Die weiteren Zahlenangaben über erbliche Belastung, über die Vorgeschichte, besonders die Gründe zur Überweisung in die Fürsorgeerziehung, die Ergebnisse der Erziehungsversuche und die Veranlassung zur Überführung in unsere Anstalt finden sich am Schluß in übersichtlicher Weise zusammengestellt. Im ganzen ist daraus zu sehen, daß an eine verallgemeinerte statistische Verwertung zunächst nicht gedacht werden kann. Mit Sicherheit geht aber aus diesen Zusammenstellungen hervor, daß in zahlreichen Fällen mühevolle Erziehungsversuche hätten gespart werden können, wenn die Zöglinge von vornherein psychiatrisch untersucht gewesen wären, daß weiter in vielen Fällen die Fürsorgeerziehung offenbar zu spät eingesetzt hat, und daß endlich vielfach erst die Kriminalität, deren Verhütung bei den Jugendlichen eines der Ziele der Fürsorgeerziehung bilden sollte, erst die Veranlassung zur Unterbringung in Fürsorgeerziehung geworden ist.

Zur Erforschung der Vorgeschichte steht uns in den zum Teil erstaunlich umfangreichen Akten ein ziemlich reichhaltiges Material zu Gebote. Doch sind Angaben, die rein ärztliches Interesse



verdienen, in der Regel ziemlich dürftig, und wir müssen zur Vervollständigung der Angaben in dieser Hinsicht die oben erwähnte vorherige Untersuchung sämtlicher Zöglinge als höchst wünschenswert bezeichnen. Ganz offensichtlich ist der Einfluß unserer Informationskurse aber zu bemerken in den in der Regel ziemlich ausführlichen Angaben der Anstaltsvorsteher über die Gründe, die die Überweisung in die Beobachtungstation erforderlich machten. Wie aus den unten angeführten Tabellen ersichtlich ist, hat es sich nur in Ausnahmefällen um akut ausbrechende geistige Störungen gehandelt.

Vorwiegend bilden Unerziehbarkeit infolge mehr oder minder offenbaren Schwachsinns oder Unerziehbarkeit infolge fortgesetzten Widerstrebens gegen jeden autoritativen Einfluß oder die Eigenschaft der Zöglinge, durch fortgesetztes Hetzen, Nörgeln und Komplottieren einen verderblichen Einfluß auf die übrigen Zöglinge auszuüben, die Veranlassung dazu, an eine krankhafte Veranlagung zu denken. Einige Male machte ein Selbstmordversuch die Überführung nötig. Wiederholt waren auch strafrechtliche oder zivilrechtliche Maßnahmen das Ziel, zu dessen Beihülfe unser Gutachten erwünscht wurde, indem Zöglinge, besonders in Familienpflege untergebrachte, kriminell geworden waren, oder indem sie der Entmündigung bedürftig erschienen. Besonders interessant war, daß von den uns überwiesenen Zöglingen eine ganze Reihe bereits bei der systematischen Untersuchung vorgeführt waren, und es hat sich in diesen Fällen im allgemeinen die Diagnose bei der erstmaligen Untersuchung bestätigt, besonders wo es sich um leichtere oder schwerere Schwachsinnzustände handelte. Über das Alter der Zöglinge bei der Aufnahme lassen sich, wie unten ersichtlich, keine Verallgemeinerungen aufstellen, da die Gesichtspunkte, die die Überführung veranlaßten, zu mannigfaltig sind.

Es sei nun kurz geschildert, was wir mit den Zöglingen *in unserer Beobachtungstation* anfangen. Der leitende Gesichtspunkt ist für uns bisher der gewesen, daß wir sie ebenso behandelt haben, wie alle anderen Beobachtungskranken und daß wir von vornherein, wozu wir durch die Einrichtung unserer Anstalt gezwungen werden, die Zöglinge ebenso behandeln wie andere Kranke und rein erziehliche Maßnahmen besonders in der ersten Zeit ganz in den Hintergrund treten lassen. Sämtliche Zöglinge kommen zunächst auf eine der Wachstationen und verbleiben dort Tage oder Wochen, je nachdem



es individuell erforderlich erscheint. Meistens genügen aber wenige Tage, um ein allgemeines Bild von dem Geisteszustand zu gewinnen, und nur Selbstmordverdacht, Verstimmungs- und Erregungszustände, Fluchtverdacht und gelegentlich die Vermutung, daß es sich um Epilepsie handeln könnte, veranlassen einen längeren Aufenthalt auf der Wachstation. Sonst werden die Zöglinge über sämtliche übrigen Stationen verteilt und möglichst bald in irgendeiner Weise beschäftigt, und zwar in allen Betrieben, die in einer modernen Irrenanstalt üblich sind. Auch lassen wir die Zöglinge an den kleinen Freuden, die unsern arbeitenden Patienten gewährt werden, teilnehmen. Wir lassen sie, wenn gesundheitliche Bedenken nicht bestehen, z. B. rauchen, gelegentlich eine kleine Menge ganz leichten Bieres trinken, an unseren sonntäglichen Konzerten, auch an den Anstaltfesten und an den Spaziergängen teilnehmen, auch an den turnerischen Übungen haben die männlichen Zöglinge teilgenommen. Es versteht sich von selbst, daß bei all diesen Maßnahmen streng individuell verfahren wird.

Wir legen nun kein Gewicht darauf, die systematische Untersuchung des intellektuellen Besitzstandes gleich zu Anfang durchzuführen, zumal wiederholt die anfänglichen Ergebnisse im einzelnen von späteren Feststellungen etwas abweichen können. Zur Gewinnung eines allgemeinen Urteils begnügen wir uns zunächst mit den auf der Wachstation gemachten Wahrnehmungen. Die Intelligenzprüfung führen wir gegenwärtig nach einem Schema aus, das wir bei allen Kranken anwenden, und das *Cramer* bei der Prüfung sämtlicher Zöglinge gebraucht hat. Nach Bedarf muß natürlich das Schema variiert werden, und ich konnte mich dabei wiederholt an die in meiner Untersuchung über demente Geisteskranke (4) verwandte Methode anlehnen. Im übrigen aber haben uns gerade die Fürsorgezöglinge wieder gelehrt, daß man sich niemals allein auf ein Schema, und sei es das beste, festlegen soll, sondern daß die fortgesetzte Beobachtung, wie sich ein Kranker gegenüber den praktischen Anforderungen des Lebens, sei es auch nur des Anstaltlebens, verhält, die wichtigsten Gesichtspunkte zur Beurteilung seiner Intelligenz liefert, und daß wir häufig einen Unterschied machen müssen zwischen einem Schwachsinn im streng medizinischen Sinne und einem Schwachsinn im praktischen Sinne, eine Auffassung, deren Wichtigkeit ja besonders bei







der Frage der Entmündigung hervortritt. Das verhältnismäßig mannigfaltige Anstaltleben bietet ferner vielfache Gelegenheit, die Affektlage, Affektschwankungen, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Teilnahme an der Umgebung, Sorgfalt in der Pflege des eigenen Körpers und Eigentümlichkeiten des motorischen Verhaltens im engeren und weiteren Sinne zu beobachten. Uns sind gerade in dieser Richtung die mannigfaltigsten Bilder von Verlangsamung und Hemmung, von indifferentem Verhalten bis zur höchsten Erregung mit tätlichen Angriffen auf Sachen, Personen oder das eigene Leben entgegengetreten. Selbst kriminelle Handlungen haben sich, wenn auch nur in beschränktem Maße, vor unsern Augen abgespielt, oder wenigstens haben wir Versuche dazu mehrfach beobachten können. Eine nennenswerte Rolle spielt in dieser Hinsicht, und zwar besonders beim weiblichen Geschlecht der Diebstahl vornehmlich von Schmuckgegenständen und die versuchte Entwendung von Nahrungs- oder Genußmitteln.

Neben der Beobachtung haben wir dann in geeigneten Fällen fortgesetzte erziehliche Versuche unternommen und können darin besonders auf verschiedene erfreuliche Beispiele hinweisen, in denen arbeitscheue Zöglinge sich, allerdings erst nach geraumer Zeit, unter ständiger Aufsicht an geregelte Arbeit gewöhnt haben, ja sogar eine ausgesprochene Vorliebe für ein bestimmtes Handwerk an den Tag gelegt haben, Fälle, bei denen man nicht zu zweifeln braucht, daß sie davon einen wirklichen Gewinn für ihr späteres Leben erreicht haben. Ebenso haben wir in manchen Fällen von Verwahrlosung und Unsauberkeit eine deutliche Freude an Ordnung und Sauberkeit erwachsen sehen.

Sobald unser Urteil über den Geisteszustand eines Zöglings feststeht, reichen wir dem Landesdirektorium einen ausführlichen Bericht ein. (Muster eines solchen s. Anlage 2.) Dies geschieht nie vor Ablauf von 6 Wochen, aber es sind auch ebenso viele Monate verflossen, ehe wir uns zu einem Bericht entschließen konnten, und wir haben uns dabei des dankenswertesten Entgegenkommens seitens des Landesdirektoriums zu erfreuen, das uns in der Bemessung der Beobachtungzeit völlig freie Hand läßt. In vielen unklaren Fällen haben wir auch nur ein vorläufiges Gutachten erstattet, bei welchem wir zu dem Schluß kamen, daß eine weitere Fortsetzung



der Beobachtung erwünscht sei oder daß zwar gegenwärtig Anstaltpflegebedürftigkeit vorläge, daß ihre Dauer aber noch nicht abzusehen wäre. Stets ist dann auch, bevor das Landesdirektorium in einer in der Anlage 3 wiedergegebenen Formel, den Antrag zur Aufnahme als Geisteskranker gestellt hat, ein nochmaliges Gutachten abgegeben worden. In unseren Gutachten erörtern wir zunächst die Vorgeschichte, führen dann den körperlichen und psychischen Befund an, suchen daraufhin eine medizinische Diagnose zu präzisieren und erörtern am Schluß eine Reihe praktischer Fragen, die je nach dem vorliegenden Fall von Wichtigkeit sind: Ist der Zögling erziehbar oder unerziehbar und für welche Form der Fürsorgeerziehung, ob freiere oder strengere Anstalt, ob Familienerziehung, ob Unterbringung bei einem Landwirt oder bei einem Handwerker, ob als Dienstmädchen, als Plätterin oder als Wäscherin und dergleichen mehr der Zögling geeigneter erscheint, ob eine Entmündigung des Zöglings zu empfehlen ist, ob der Zögling zum Militärdienst tauglich erscheint, ob dem Zögling bei Straftaten allgemein, beschränkt oder nur in gewissen Fällen der Schutz des § 51 zuzubilligen ist, und ob der Zögling als gemeingefährlich zu bezeichnen ist (bei einigen konnte auch zufällig die Frage der Alkoholtoleranz berücksichtigt werden), ob gegenwärtig oder für kürzere oder längere Zeit Anstaltpflegebedürftigkeit vorliegt, oder schließlich, ob es sich um Elemente handelt, die weder erziehbar noch anstaltpflegebedürftig sind, die auch voraussichtlich niemals sich zu irgendeinem Berufe tauglich erweisen werden, und die, ohne daß man sie mit den uns zurzeit zu Gebote stehenden Hilfsmitteln nach Vollendung des 21. Lebensjahres schützen kann, der Verbrecherlaufbahn oder der Prostitution anheimfallen werden. Wie wichtig gerade diese Elemente auch für die Aufgaben der nächsten Zukunft sind, wollen wir weiter unten noch ausführlich erörtern.

Hier sei zunächst kurz das zusammengefaßt, was sich über die medizinischen Diagnosen sagen läßt. Wie aus den Tabellen ersichtlich ist, bildet das Gros der Fälle der Schwachsinn in seinen mannigfachsten Abstufungen, bei deren genauerer Bestimmung die schematische Intelligenzprüfung in ihre eigentlichen Rechte tritt. Ausgesprochene Idioten finden sich nur in geringer Zahl, da sie gewöhnlich schon früh in geeigneter Weise untergebracht zu werden

pflegen. Wie sich im übrigen das Zahlenverhältnis der anderen Schwachsinnformen gestaltet, ist bei der schwankenden Begriffbestimmung nicht von besonderer Bedeutung. Praktisch wichtig ist nur die jedesmalige Betonung, wie weit eine selbständige produktive Verwertung des Vorstellungsbesitzes möglich ist, und vor allem, in welchem Grade die ethischen Vorstellungen und ihre Verwertung zu eigenen Urteilen vorhanden sind, und inwieweit der Zögling befähigt ist, diese Urteile zur Richtschnur für sein eigenes Handeln zu machen. Mit der Erörterung dieser Fragen werden die meisten der Gesichtspunkte, die zum Schluß der Gutachten berührt werden, erledigt. Einige wenige Fälle hatten wir, die bereits bei der Einlieferung ausgesprochene anderweitige Psychosen boten, oder bei denen sich mit oder ohne Schwachsinn psychotische Zustandbilder vor unsern Augen entwickelten. Nach dem bisher beobachteten Verlauf handelt es sich ausschließlich um Fälle, die in der Gruppe des Jugendirreseins untergebracht werden müssen. Wir hatten einige Epileptiker, einige Hydrozephalen, einige Mikrozephalen und einige Fälle mit angeborenen Sprachstörungen. Von den sonstigen organischen Symptomen erwähne ich nur Differenzen in der Lebhaftigkeit der Reflexe und gehäuftes Auftreten von Degenerationzeichen. Bei einigen traten vasomotorische Störungen hervor, einige hatten Sensibilitätstörungen, es fanden sich auch Fälle mit körperlichen und psychischen Kennzeichen der Hysterie, und schließlich war eine Anzahl von Zöglingen vorhanden, die eine für den übrigen Befund gleichgültige Organerkrankung hatten. Fast hätte ich vergessen, daß einige wenige überhaupt weder körperliche noch geistige Krankheitzeichen boten.

Ich wende mich nunmehr noch zu der theoretisch interessantesten und praktisch wichtigsten Gruppe der psychopathischen Konstitutionen. Es handelt sich dabei im allgemeinen um Personen mit nachweisbarer schwerer erblicher Belastung. Bei vielen ist außerdem noch ein ungünstiges häusliches Milieu vorhanden. Bei ihnen haben wir noch am ehesten den körperlichen Entartungzeichen eine diagnostische Bedeutung beilegen müssen, indem sie zum Teil gehäuft nachweisbar waren. Außerdem gaben uns Sensibilitätstörungen oder Druckpunkte gelegentlich eine Erleichterung bei der speziellen Einreihung in eine bestimmte Gruppe

der allgemeinen degenerativen psychopathischen Konstitutionen, wie sie *Cramer* (5) als endogen Nervöse mit Neigung zu psychischen Störungen und als Dégénérés in seiner Nervosität und Gerichtlichen Psychiatrie sowie in anderen Publikationen, in denen besonders auf Jugendliche Rücksicht genommen wird, und *Ziehen* (6) in seinen Geisteskrankheiten des Kindesalters ausführlich geschildert hat. Das dort entworfene Bild deckt sich auffallend mit den Beobachtungen an verschiedenen Fürsorgezöglingen: Die Fälle sind zunächst durch eine auffallende Labilität der Stimmung und durch Neigung zu völlig unmotivierten oder nicht hinreichend motivierten jähen Affektausbrüchen ausgezeichnet.

Bisweilen sahen wir Stimmungschwankungen depressiver Natur in unverkennbarem Zusammenhange mit den Menses auftreten. Häufig schlossen sich traurige Verstimmungen an einen Wechsel der Station, der Beschäftigung, des Wartpersonals oder auch des behandelnden Arztes an. Heitere Verstimmungen sind seltener.

Bei einem weiblichen Zögling traten fast anfallweise ohne jeden äußerlichen Grund Stunden bis einige Tage dauernde Zustände von trauriger Verstimmung, Teilnahmlosigkeit gegen die Umgebung, Bewegungshemmung und Nahrungverweigerung auf. Während dieser Zeit war die Patientin auffallend blaß und hatte kühle und leicht zyanotische Hände und Füße. Ganz unvermittelt kehrte sie dann wieder in ihre gewöhnliche ruhige, eher zum Heitern geneigte Affektlage zurück.

Bei einer anderen Patientin, die sehr schwer durch lange Trunksucht der Mutter belastet war, und bei der, nebenbei bemerkt, kein Intelligenzdefekt nachweisbar war, traten einige Male im Anschluß an die Menses und auch ohne solchen Anlaß lebhafte Angstzustände mit ausgesprochener Oppression auf. Gleichzeitig stieg der Puls, der sich sonst um 100 bewegte, auf 140 Schläge, er war dabei gespannt und unregelmäßig. Einmal schien bei derselben Patientin in einem solchen Zustande auch das Bewußtsein leicht getrübt zu sein. Ein andermal rief sie in höchster Angst aus: „Ach Mutter, Mutter, sähest du doch auf mich hernieder. — Ich will mich lebendig mit meinen Händen in ein Grab einscharren.“ Schließlich trat noch bei derselben Person im Anschluß an einen Ausgang eine schwere Verstimmung ein, in der sie nach langem Zögern angab, als sie sich auf der Straße umgesehen hätte, hätte sie einen Schutzmann hinter sich bemerkt, der sie mit gezogenem Degen verfolgt hätte. Blutdruckmessungen bei dieser Patientin ergaben, so weit sie ausführbar waren, keine befriedigenden Resultate. Die Behandlung mit spezifischen Herzmitteln, mit Opium und mit Bädern neben der Anwendung von Abführmitteln war ohne erkennbare Folgen. Die Einordnung dieses Falles in eine bestimmte



Gruppe der psychopathischen Konstitutionen ist schwierig, und man muß sich wohl der Befürchtung hingeben, daß es sich um Vorboten einer künftigen ausgesprochenen Psychose handelt[1]) und daß Zustände vorliegen, die für gewöhnlich nicht zu einer Anstaltbehandlung führen, und die anamnestisch nur unklar wiedergegeben zu werden pflegen.

Am allerwichtigsten ist nun das motorische Verhalten der Patienten während der Verstimmungzustände. In der Regel handelt es sich um mehr oder minder lebhafte Erregungen. Die Patienten lassen sich hemmunglos zu Sachbeschädigungen und zu Tätlichkeiten gegen das Wartpersonal, andere Kranke oder sich selbst hinreißen. Ihre Gegner überschütten sie mit Drohungen, Verwünschungen und mit einer Flut der gemeinsten Schimpf- und Schmähworte, die aus dem Munde sonst freundlicher, zugänglicher Menschen mit gefälligen Umgangformen immer wieder überraschen. Es kommen die unglaublichsten Roheitsdelikte vor: Schläge ins Gesicht, Ausraufen der Haare, Würgversuche, Treten und Beißen, Umstürzen von Betten, sogar von Betten, in denen völlig unbeteiligte Patienten liegen, selbst wenn das Bett überhaupt nicht dem der erregten Person benachbart steht. Zerreißen des Bettzeuges, Zertrümmern der Fensterscheiben und des Geschirrs erscheinen dem gegenüber noch als verhältnismäßig harmlos. Besonders verderblich ist eine geradezu infizierende Wirkung, die derartige Zustände auf gleichgeartete Elemente ausüben. Ich brauche nur kurz hier einzuschalten, daß wir nicht in der Lage sind, derartigen motorischen Entladungen anders als durch Verabreichung schwerer Narkotika meist in subkutaner Form zu begegnen. Isolierungen haben wir grundsätzlich vermieden, weil wir ständig mit Selbstmordgefahr rechnen müssen. Selbstbeschädigungen in Form von Ausreißen der Haare und Verschlucken von Löffelteilen, Nägeln oder Nadeln oder Einstechen von Nadeln unter die Haut oder auch in Schlagadern kommen ohnehin gelegentlich vor. Besondere Neigung zu solchen teilweise demonstrativen Selbstbeschädigungversuchen haben die Degenerierten, die körperliche und psychische Stigmata der Hysterie aufweisen. Meistens sind diese Gewalttätigkeiten gewollte oder häufig vorher angedrohte Handlungen. Ich muß noch erwähnen, daß bei vielen von

[1]) Nach dem weiteren Verlauf bestätigt sich diese Annahme mehr und mehr.



diesen Psychopathen geringere oder größere Intelligenzdefekte vorlagen. Und es verdient schließlich noch der Hervorhebung, daß starke Erregungzustände viel häufiger bei weiblichen als bei männlichen Zöglingen vorgekommen sind.

Außerdem ist durch fließende Übergänge mit ihnen die Gruppe derer verbunden, die mit oder ohne Stimmungschwankungen zum unaufhörlichen Nörgeln, Hetzen und Komplottieren geneigt sind. Natürlich stehen am einen Ende dieser Gruppe Personen, die außer der eben bezeichneten Neigung, in der natürlich in gewissem Sinne ein Mangel an höherer Ethik zu erblicken ist, überhaupt keine krankhaften Erscheinungen bieten.

Ich habe bei den degenerativen Psychopathen so lange verweilt, weil sie uns vor außerordentlich schwierige praktische Aufgaben stellen. Ihre Diagnose ist in der Regel sehr leicht, wenn nur die Beobachtungzeit über die üblichen 6 Wochen nötigenfalls auf einige Monate hinaus ausgedehnt wird. Leicht ist ferner die Frage zu beantworten, wie es mit der Erziehbarkeit bestellt ist. Denn man wird fast ausnahmlos die Erziehungsausssichten als minimal bezeichnen müssen, und mit Sicherheit kann man behaupten, daß die Erziehungsmöglichkeiten der Fürsorgeerziehungsanstalten völlig scheitern. Das ist um so leichter gesagt, weil es sich dabei um ein vaticinium ex eventu handelt, denn gerade die Unerziehbarkeit war die Veranlassung zur psychiatrischen Beobachtung. Bei einer einmaligen Untersuchung können diese Zöglinge natürlich leicht als normal durchschlüpfen, wenn die Vorgeschichte nicht genügend bekannt ist, oder ein auffälliger Intelligenzdefekt fehlt. Außerordentlich schwierig sind nun aber die übrigen Fragen zu beantworten, mit denen wir uns im letzten Teil unserer Gutachten zu befassen pflegen.

Die Militärdiensttauglichkeit ist ja sicher bei vereinzelten Fällen nicht völlig ausgeschlossen, aber es ist doch viel wahrscheinlicher, daß die Eigenarten der militärischen Umgebung die krankhaften Erscheinungen auslösen oder steigern, als daß etwa von der straffen Zucht und ständigen Aufsicht ein heilsamer Erziehungserfolg zu erwarten ist. Jedoch sind in dieser Frage so viele Gesichtspunkte zu berücksichtigen, daß ich mir leider versagen muß, an dieser Stelle näher darauf einzugehen. Man findet aber alles einschlägige Material zusammengestellt in einem soeben erschienenen Vortrage *Cramers* (7). Wichtig ist jedenfalls



daß in jedem einzelnen Falle die Ersatzkommission davon benachrichtigt wird, daß und aus welchem Grunde eine psychiatrische Beobachtung hier stattgefunden und welches Ergebnis sie gehabt hat.

Die Frage der Entmündigung entscheiden wir nach dem Grade des Intelligenzdefektes und den Erfahrungen aus dem Vorleben. Die strafrechtliche Zurechnungfähigkeit ist bei diesen Fällen nicht allgemein abzuschätzen, es muß vielmehr für den einzelnen Anlaß die Art der strafbaren Handlung und der jeweilige Zustand des Täters berücksichtigt werden.

Nun aber kommen die Schwierigkeiten: Was sollen wir anfangen mit diesen Psychopathen, besonders solange wir für sie verantwortlich sind? Nur solche bei denen ein erheblicher Intelligenzdefekt über die Äußerungen der sonstigen psychopathischen Konstitution überwiegt, können wir für anstaltpflegebedürftig erklären. Bei einigen konnten wir uns dadurch helfen, daß wir sie für zeitweise anstaltpflegebedürftig erklärten. Diejenigen aber, die nur einen unbedeutenden oder gar keinen Intelligenzdefekt haben, können keinesfalls als geisteskrank im Sinne unseres Aufnahmereglements bezeichnet werden. Sie passen ja auch überhaupt nicht in unsere Heil- und Pflegeanstalt hinein. Dazu bieten sie zu viel Züge, die von den Symptomen der eigentlichen Geisteskranken, für die unsere Anstalten eingerichtet sind, abweichen, und für die gar keine Behandlungsmöglichkeiten bei uns bestehen. Im Gegenteil sind sie Störenfriede und nehmen das Maß der ärztlichen Behandlung und Pflege durch das Wartpersonal in einem solchen Grad in Anspruch, daß bei einer Anhäufung solcher Fälle geradezu die eigentlichen Interessen der Anstalt geschädigt würden. Alle Erwägungen, die man über diese Fragen angestellt hat, gelangen zu dem Schluß, daß für diese Personen, sobald sie als gemeingefährlich zu betrachten sind, eine neue Form von Anstalten eingerichtet werden muß, worin man zum Teil schon Anfänge gemacht hat, und für die vor allem dringend ein ausschlaggebender ärztlicher Vorstand neben Erziehungs- und Unterrichtseinrichtungen gefordert werden muß.

Ich bin damit am Schlusse meiner eigentlichen Ausführungen angelangt. Wegen einiger Nebenfragen verweise ich auf die Tabellen, so besonders z. B. wegen der Kriminalität: die Arten der Verbrechen,



das Alter des Verbrechers und das Problem, worin für das Individuum wohl gerade die Veranlagung und die Veranlassung zum Verbrechertum gelegen haben mag. Ich würde auch dieses im Hauptteil erörtert haben, wenn nicht die Ergebnisse vorwiegend negativer Natur wären. Einer zukünftigen Mitteilung muß ich es auch vorbehalten sein lassen, das Schicksal der hier beobachteten Zöglinge weiter zu schildern. Bei den dazu erforderlichen Feststellungen werden sich leider zum Teil unüberwindliche Hindernisse ergeben.

Rückblickend möchte ich nur noch hervorheben, daß wohl in keinem Falle die Beobachtung vergeblich gewesen ist. Ganz abgesehen davon, daß mir von verschiedenen Anstaltvorstehern versichert ist, ihnen wäre mit der Überweisung dieses oder jenes Zöglings in die Beobachtungstation eine offensichtliche Erleichterung bei der Erziehungsarbeit der übrigen Zöglinge verschafft.

Die auf Grund unserer Gutachten eingeleitete Entmündigung einiger Zöglinge hat nur in Ausnahmefällen ein ungünstiges Ergebnis gehabt, indem versehentlich die zur Erziehung ungeeigneten Eltern, deren Einfluß der Zögling gerade durch die Fürsorgeerziehung hatte entzogen werden sollen, nun zum Vormunde bestellt wurden. Das darf aber nicht verdrießen, denn wir sind ja in dieser ganzen Angelegenheit noch in den ersten Anfängen und werden sicher diese oder jene Maßnahme, die wir bisher für erforderlich hielten, später ändern. Wir hielten es aber doch für angezeigt, bereits jetzt eine vorläufige Mitteilung über unsere Erfahrungen zu machen, weil damit vielleicht anderen Provinzen, die ähnliche Einrichtungen planen, gedient ist.

## Anlage 1: Tabellen.

| I. Belastung. | von 72 | von 100 |
|---|---|---|
| 1. Geisteskrankheiten der Eltern | 7 | 9,7 |
| 2. Trunksucht des Vaters | 17 | 23,7 |
| 3. „ der Mutter | 2 | 2,8 |
| 4. Kriminalität der Eltern | 27 | 37,5 |
| 5. Armut, schwere Krankheit, vorwiegend außerhäusliche Arbeit der Eltern | 38 | 52,8 |
| 6. Uneheliche Geburt des Zöglings, früher Tod der Eltern, Getrenntleben der Eltern | 28 | 38,9 |

Hinzuzufügen ist noch, daß bei einer Reihe von Zöglingen die aufgeführten Schädlichkeiten gehäuft waren.

## II. Kriminalität der Zöglinge.

| | | | % | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Ueberhaupt kriminell, auch geschlechtliche Verfehlungen der Mädchen | 69 | 95,8 | |
| 2. | Lügen, Betteln, Stehlen bei Knaben u. Mädchen, Umhertreiben nur bei Knaben | 62 | 86,1 | |
| 2a. | Geschlechtliche Vergehen und Umhertreiben bei Mädchen | 10 } von 18 | 55,6 } von 100 Mädchen | |
| 2b. | Geschlechtskranke Mädchen | 6 | 33,3 | |
| 3. | Brandstiftung | 6 | 8,3 | |
| 4. | Roheitsverbrechen | 23 | 31,9 | |
| 5. | Verweise, Haft, Gefängnis (sowohl verbüßte als auch aufgeschobene und erlassene Strafen) | 33 | 45,8 | |
| 6. | Beginn der Kriminalität im Alter unter 14 Jahren | 48 | 69,6 | |
| 7. | Beginn der Kriminalität im Alter über 14 Jahren | 21 | 30,4 | |

Zwischen der Art der Belastung und der Art der Kriminalität ließen sich sichere Beziehungen nicht feststellen; desgleichen läßt sich nicht aus dem vorliegenden Material ergründen, warum die größere Gruppe der Kinder bereits in der Schulzeit kriminell geworden ist. Lügen, Betteln, Stehlen, Umhertreiben und Brandstiftung überwiegen beim Schwachsinn, Roheitsverbrechen bei Psychopathen. Es ließen sich noch manche Betrachtungen und Vermutungen an die angeführten Zahlen anknüpfen, doch ist hier nicht der Platz dazu, und ich muß mir dergleichen auf eine andere Gelegenheit aufsparen.

## III. Alter bei der Aufnahme.

| | männlich | weiblich | zusammen |
|---|---|---|---|
| 12—15 Jahre | 3 | — | 3 |
| 16 „ | 7 | 2 | 9 |
| 17 „ | 14 | 3 | 17 |
| 18 „ | 11 | 2 | 13 |
| 19 „ | 10 | 2 | 12 |
| 20 „ | 9 | 9 | 18 |
| | | | Sa. 72 |

Aus diesen Zahlen kann man sicher sehen, daß bei den weiblichen Zöglingen die herannahende Volljähigkeit und damit die Frage nach der Notwendigkeit der Entmündigung die Anstaltsbeobachtung besonders häufig veranlaßt hat. Aus den Zahlen für die männlichen Zöglinge ist vielleicht der Schluß berechtigt, daß neben Kriminalität das Versagen gegenüber den mit dem Alter steigenden Anforderungen bei den Schwachsinnigen und die mit dem Alter steigende Auflehnung gegen erziehliche Einflüsse bei den Psychopathen eine häufigere Ursache zur Anstaltsbeobachtung bilden.



IV. Diagnosen.

| | männlich | weiblich | zusammen |
|---|---|---|---|
| 1. nicht geisteskrank | 2 | — | 2 |
| 2. leichter Schwachsinn | 19 | 5 | 24 |
| 3. schwerer Schwachsinn | 10 | 2 | 12 |
| 4. Idiotie | 4 | — | 4 |
| 5. Hysterie u. Schwachsinn | — | 2 | 2 |
| 6. Epilepsie u. Schwachsinn | — | 2 | 2 |
| 7. Psychopathen ohne Schwachsinn | 10 | 2 | 12 |
| 8. Psychopathen mit leichtem Schwachsinn | 6 | 3 | 9 |
| 9. Psychosen | 3 | 2 | 5 |
| | | | Sa. 72 |

Dauernder oder längerer Anstaltbehandlung waren bedürftig:

| | | | |
|---|---|---|---|
| von Gruppe 2, d. leicht Schwachsinnigen: | 1 | — | 1 |
| „ „ 3, „ schwer Schwachsinnig. | 8 | 1 | 9 |
| „ „ 4, „ Idioten | 4 | — | 4 |
| „ „ 5, „ Hysterischen | — | 1 | 1 |
| „ „ 6, „ Epileptischen | — | 2 | 2 |
| „ „ 8, „ Psychop. m. Schwachs. | 4 | 1 | 5 |
| „ „ 9, „ Psychotischen | 3 | 2 | 5 |
| | 20 | 7 | 27 = 37,5 % |

Doch werden voraussichtlich einige noch innerhalb eines Jahres entlassen werden können.

Zur Fortsetzung der Fürsorgeerziehung erschienen außer den nicht Geisteskranken eine Reihe der leicht Schwachsinnigen und der Psychopathen ohne Schwachsinn geeignet, jene unter tunlichst strenger Beaufsichtigung, diese zur Erziehung in möglichst freier Form.

## Anlage 2: 2 Beispiele von Gutachten.

### I. Beobachtungsergebnis über den Fürsorgezögling N.N

Vorgeschichte. — N. N. wurde am 18.. als uneheliches Kind einer Näherin geboren. Die Mutter hat sich niemals um ihr Kind bekümmert. Die Schule besuchte sie regelmäßig und war nicht unbegabt, fiel aber durch schlechtes Betragen, Lügen, Betrügen und Stehlen dauernd auf. Sie wurde 1907 konfirmiert. Als Dienstmädchen war sie faul und gleichgültig gegen Tadel. Um eine andere Stelle zu bekommen, setzte sie im Mai 1907 bei einem Gewitter das Haus ihrer Herrschaft in Brand. Man glaubte damals an einen Blitzschlag.

Die N. wurde von ihrer Herrschaft mit zu anderen Leuten genommen, denen sie wiederum bei einem Gewitter das Haus anzündete, weil sie ihre Absicht, aus dem Dienst loszukommen, nicht erfüllt gesehen hatte. Sie gestand die Tat ein und wurde vom Landgericht zu X.... mit 1 Jahr





3 Monaten Gefängnis bestraft. In der Haft machte sie einen verstockten und störrischen Eindruck und mußte wegen grober Verstöße gegen die Hausordnung mehrfach bestraft werden. Am 3. Oktober 1908 wurde sie der Fürsorgeerziehung übergeben. Sie kam nach H... in die Erziehungsanstalt H... und entwich dort am 10. März und 13. April 1909. Bei ihrer zweiten Entweichung holte sie sich einen Tripper, an dem sie 16 Wochen im Krankenhause zu L. behandelt wurde.

Da sie ihrem Anstaltleiter und dem Anstaltsarzt den Eindruck einer geistig minderwertigen und geisteskranken Person machte, wurde sie am ........ d. J. der hiesigen Beobachtungstation überwiesen.

Befund. — N. N. ist eine blasse, mäßig gut genährte Person. Die Leistendrüsen sind mäßig angeschwollen. Während der Beobachtungzeit wurde N. N. lange Wochen an einem Rückfall ihres Trippers behandelt. Die Gesichtshälften sind ungleich infolge einer Verrenkung des knorpeligen Teiles der Nasenscheidewand nach links. Die Eingeweide sind ohne krankhaften Befund. Zurzeit ist auch das Geschlechtsleiden behoben. Am Nervensystem sind keine wesentlichen krankhaften Befunde zu erheben.

Bewußtseinstörungen, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind nicht beobachtet, ebensowenig Krämpfe. Die Orientierung im engeren und weiteren Sinne ist zutreffend. Die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis sind nicht gestört. Bei einem Assoziationsversuch trat eine gewisse Armut an abstrakten Vorstellungen zutage. Im Schulwissen und in den Berufskenntnissen, in Hausarbeit, Plätten und dergleichen weiß sie gut Bescheid. Allgemeine Vorstellungen praktischen Inhalts über Mündigkeit, Invalidenversicherung, öffentliche Ordnung und Ähnliches sind nur recht gering vorhanden.

In ethischen Vorstellungen tritt eine auffallende Armut zutage. Auf Fragen über die 10 Gebote weiß sie nur sinngemäß zu erklären, warum man nicht lügen darf, weil man nämlich dann „das Vertrauen der Menschen verlöre". Außerdem weiß sie einiges Zutreffende zur Begründung des 4. Gebotes beizubringen. Im übrigen aber hat sie nicht das geringste Verständnis für die sittlichen Pflichten.

Besonders auffallend ist es, daß sie als Grund gegen eine Brandstiftung nur immer wieder angibt „weil man sonst ins Gefängnis kommt", trotzdem doch sicherlich gerade in dieser Hinsicht vielfältige Belehrungsversuche an ihr während der langen Haft gemacht worden sind. Die Unterscheidungsfragen beantwortet sie teils zutreffend, teils ganz unsinnig. Besonders auffallend ist wieder, daß sie keinen Unterschied zwischen Irrtum und Lüge angeben kann. Die Beschreibung von Gegenständen fällt äußerst mangelhaft aus. Die Definition von Begriffen fällt verhältnismäßig besser aus. Der *Ebbinghaus*sche Versuch macht ihr Schwierigkeiten. Sie löst ihn nur stockend und mit verschiedenen Auslassungen. Die Satzbildung aus gegebenen Worten gelingt bei Einhaltung der nächstliegenden Reihenfolge, mißlingt aber völlig, wenn man die Reihenfolge der gegebenen Worte umkehrt. Sprichwörter erklärt sie sinngemäß.



Zeichnungen, die nur aus Umrissen und Andeutungen bestehen, erkennt sie schnell (*Heilbronner*).

In dem übrigen psychischen Verhalten treten in den Vordergrund sehr starke Stimmungschwankungen und Neigung zu längeren Verstimmungen. Bisweilen wechselt ihre Stimmung wie Aprilwetter. Sie kann durch ganz harmlose Bemerkungen verstimmt werden, aber auch ohne Anlaß verstimmt sein, um augenblicklich in ein albernes Lachen und ausgelassene Heiterkeit auszubrechen, ohne daß man dafür einen hinreichenden Grund finden kann. Bisweilen dauern solche Verstimmungen mehrere Tage. Sie antwortet dann kaum und zeigt sich reizbar, rechthaberisch und zanksüchtig. Wenn sie sich im mindesten beeinträchtigt glaubt, hält sie mit Beleidigungen und Tätlichkeiten nicht zurück und vergeht sich an Kranken und Wärterinnen. Wenn gelegentlich eines solchen Zustandes das Eingreifen des Arztes erforderlich wurde, wurde sie womöglich noch aufgeregter, schlug, trat, biß um sich, rannte einmal wild auf der Station umher und klammerte sich dann wie verzweifelt an Betten und Türen fest, als sie verlegt werden sollte. Bei solcher Gelegenheit, aber auch schon bei leichten Verstimmungen droht sie immer wieder damit, daß sie sich das Leben nehmen wolle, weil doch alles einerlei wäre und sie wohl niemals aus den Anstalten herauskäme. Manchmal genügen einige freundliche Worte, um sie wieder zugänglich zu machen. In der Regel bildet die Bitte um Verzeihung das Ende der Aufregung. Sie verspricht, so etwas solle nicht wieder vorkommen, gibt sich aber dann bei der nächsten Gelegenheit wieder hemmunglos ihren Stimmungen hin. Sonst aber ist sie auf der Station eine fleißige Arbeiterin, muß jedoch mit der größten Rücksicht behandelt werden, da die geringsten Anlässe sie in die oben beschriebenen Verstimmungzustände versetzen. Auch ist bei der Auswahl der Arbeit Rücksicht darauf zu nehmen, daß bei größeren Anstrengungen das Geschlechtsleiden von neuem wieder ausbrechen kann. Nachzutragen ist noch, daß von einer gemütlichen Anteilnahme an der Umgebung nicht die Rede sein kann. In den Briefen an die Angehörigen und einen Geistlichen wechseln Schmähungen über angebliche Vernachlässigung mit Besserungsversprechen.

Urteil. — N. N. ist also ein zart entwickeltes, bleichsüchtiges Mädchen, das an chronischem Tripper leidet, der bei körperlichen Anstrengungen leicht zu Rückfällen neigt. Sie leidet an angeborenem Schwachsinn mit starken ethischen Defekten, auf Grund deren sie bereits zweimal eine Brandstiftung begangen hat. Sie leidet außerdem an schweren Verstimmungzuständen, in denen sie durch starke Erregungen eine Gefahr für ihre Umgebung darstellt und Selbstmordneigung zeigt. Wegen des Schwachsinns und wegen der aus den geringfügigsten Anlässen auftretenden Verstimmungzuständen, die sie einer Beeinflussung unzugänglich machen, ist sie für die Fürsorgeerziehung nicht geeignet. Sie ist vielmehr als geisteskrank und anstaltpflegebedürftig im Sinne des § 1 unseres Reglements zu betrachten, da sie sowohl infolge ihres Schwachsinns als auch ihrer



Verstimmungzustände für sich selbst und die Umgebung gefährlich ist. Infolge ihres Schwachsinns ist sie außerdem als geistesschwach im Sinne des § 6 B. G. B. zu bezeichnen.

II. Beobachtungsergebnis über den Fürsorgezögling X. Y.

Vorgeschichte. — X. Y. wurde am ....... 18.. unehelich geboren. Ueber die Mutter ist Nachteiliges nicht bekannt; sie beantragte selbst die Fürsorgeerziehung. Der Vater arbeitete außer Hause und konnte sich um die Erziehung seines Sohnes nicht kümmern. In H. besuchte der Knabe eine Bürgerschule ziemlich regelmäßig; er zeigte sich gut beanlagt. Seine Leistungen aber waren mangelhaft und das Betragen nicht befriedigend. Er wird als verstockt und zu Lügen und Diebstählen geneigt bezeichnet. Er entwendete seiner Mutter wiederholt Geld, beschimpfte Mutter und Großmutter und wurde handgreiflich gegen sie. Im Alter von 9 Jahren wurde er auf Grund des § 1 Ziffer 2 des Gesetzes vom 2. Juli 1900 in Fürsorgeerziehung gegeben und dem Stephansstift Anfang 1903 überwiesen, wo er stets folgsam war und sich gut führte; in der Schule war er fleißig. 1904 kam er in Familienpflege. Im Jahre 1906 wird er als „arger Bettnässer" bezeichnet. 1908 war er bei zwei verschiedenen Schneidern in der Lehre, nachdem er konfirmiert war. Er mußte viel Hausarbeit machen und verdarb anscheinend willkürlich Kleidungstücke, die ihm zur Bearbeitung übergeben waren. Er war frech, empfindlich und soll andere Lehrlinge aufgehetzt haben. Im Jahre 1908 wurde er im städtischen Krankenhause zu H. an nervösem Erbrechen behandelt. 1909 kam er ins Stephansstift zurück, wurde in der Schneiderstube beschäftigt und konnte kaum eine Hose machen. Er machte schließlich einen nicht normalen Eindruck und erschien als „verlogen" und als Querulant.

Am 4. ...... 19.. wurde er der hiesigen Beobachtungsstation überwiesen.

Befund. — Y. ist ein ziemlich schwächlicher, blasser junger Mann. Die Achselhaare fehlen, die Schamhaare sind wenig entwickelt, die Brustwirbelsäule ist mäßig nach links verbogen. Er hat X-Beine und Plattfüße; außerdem zeigt er einige Entartungzeichen. Die Lungen und Baucheingeweide zeigen regelrechten Befund, dagegen besteht eine regelwidrige Beweglichkeit des ganzen Herzens, und eine zeitweilig anfallartig auftretende Störung in der Schlagfolge des Herzens, verbunden mit einem auffallenden Schwanken des Blutdrucks. Die Augäpfel scheinen etwas mehr als es der Regel entspricht aus den Höhlen hervorzutreten. Y. machte hier eine leichte Entzündung der linken Brustwarze durch. Einige Sehnenreflexe sind lebhaft, der Rachenreflex fehlt. Es besteht erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, während andere Regelwidrigkeiten am Nervensystem fehlen.

In bezug auf den psychischen Befund sei vorweg bemerkt, daß eine Störung der intellektuellen Fähigkeiten nicht nachweisbar ist. Orien-



tierung, Vorstellungsablauf und Aufmerksamkeit sind nicht gestört. Bewußtseinstörungen sind nicht beobachtet; ebensowenig sind Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nachweisbar gewesen. Die Merkfähigkeit erwies sich als sehr gut. Im Gedächtnis und im Schulwissen waren keine krankhaften Ausfälle festzustellen.

Die speziellen Berufskenntnisse scheinen der Ausbildung zu entsprechen. Rechnen kann Y. sehr gut. Der Besitz an allgemeinen, auch an ethischen Vorstellungen, entspricht durchaus seinem Alter und Bildungsgrade. Unterscheidungsfragen werden treffend beantwortet; ebenso gelingt die Beschreibung von Gegenständen, das Definieren von Begriffen, der *Ebbinghaus*sche und *Masselon*sche Versuch, sowie endlich auch die Erklärung von Sprichwörtern und Geboten sehr gut.

Gewisse Eigentümlichkeiten machen sich aber in der Auffassung geltend, die Y. von sich selbst hat. Er dünkt sich nämlich mehr als andere, ist sehr eitel und verlangt eine ständige besondere Rücksichtnahme. Er ist sehr empfindlich gegen jeden Tadel und steht seiner Umgebung ziemlich mißtrauisch gegenüber. Er fühlt sich beeinträchtigt, ist sehr rechthaberisch, nörgelt an allen möglichen Maßnahmen herum und versteht es, harmlose und gutwillige Personen seiner Umgebung aufzuhetzen und mißvergnügt zu machen. Energische Vorhaltungen haben immer wieder genügt, ihn zu Ordnung und Fleiß zurückzubringen Von nachhaltigem Einfluß war auch auffallenderweise der Besuch eines Verwandten.

Y. hat in der letzten Zeit regelmäßig in der Schneiderei mitgearbeitet, nur seine Herzkrankheit machte vorübergehende Bettbehandlung nötig.

Urteil. — Wie nach der Vorgeschichte zu erwarten war, ist Y. also intellektuell vollwertig. Er hat sich aber ebenso wie früher auch hier in der Anstalt als ein empfindlicher, argwöhnischer, zum Nörgeln und Hetzen geneigter Mensch gezeigt, der nur durch energische Aufsicht zu Ordnung und Fleiß angehalten werden kann. Der Anstaltpflege bedarf er nicht; auch ist er nicht als gemeingefährlich zu bezeichnen; zu einer Entmündigung liegt kein Grund vor. Eine Veränderung seines Charakters wird kaum herbeigeführt werden können, während er aber erziehlichen Einflüssen entschieden noch zugänglich ist. Infolge seiner nervösen Herzstörung wird er voraussichtlich zum Militärdienst ungeeignet sein.

## Anlage 3: Aufnahmeformel.

Landesdirektorium
der Provinz Hannover. Hannover, den 21. Juni 1909.
J.-Nr. 2613 III.

Erwiderung auf den Bericht
vom 4. d. Mts. Nr. 1820.

Da nach dem Gutachten vom ....... der N. N. voraussichtlich dauernd der Pflege in einer ärztlich geleiteten, geschlossenen Anstalt bedarf, so halten wir uns im vorliegenden Falle zur Stellung des Aufnahme-



antrages für zuständig und berechtigt. Wir stellen deshalb hiermit den Antrag auf Aufnahme des N. N. in die 3. Verpflegungsklasse.

Wie unsere Berechtigung zur Beantragung dieser Aufnahme daraus folgt, daß der von uns vertretene Provinzialverband Hannover für die Ausführung der Fürsorgeerziehung der ihm überwiesenen Minderjährigen zu sorgen und, insoweit es der körperliche und geistige Zustand eines Zöglings erforderlich macht, die Unterbringung desselben in einer geeigneten Anstalt zu veranlassen hat, so ist unsere Zuständigkeit auch begründet, wenn die Aufnahme von Fürsorgezöglingen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes erforderlich ist.

In beiden Fällen, bei der endgültigen, wie bei der vorläufigen Aufnahme, sind die Vorschriften des Reglements vom 24. April 1877 §§ 10 ff. sinngemäß anzuwenden, da es sich um Personen handelt, denen die selbständige Wahl ihres Aufenthaltes durch richterliche Anordnung entzogen und bei denen auch während der Dauer der Fürsorgeerziehung jede Einwirkung der Eltern oder Vormünder auf die Person des Zöglings ausgeschaltet ist.

(gez.) v. d. Wense.

An
die Direktion der Provinzial-
Heil- und Pflegeanstalt
Göttingen.

---

## Literatur.


1. a *Tippel*, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Dresden 1905. Allgem. Zeitschrift Bd. 62, S. 583 ff. (3,68 % geisteskrank, 66,87 % geistig minderwertig.) Von den psych. Abnormen 44,34 % erblich belastet, bes. durch Alkoholismus.

b *Seelig*, Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Vortrag im psychiatr. Verein in Berlin 1906. Allg. Zeitschr. 1906, S. 506.

c *Kluge*, Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Referat a. d. Jahresversammlung des Deutschen Vereins f. Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1907. Zeitschr. f. d. Erforschung des jug. Schwachsinns, Bd. I, S. 382.

d *Sioli*, Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der Frankfurter Irrenanstalt. Allg. Zeitschr. 1907, S. 478.

e *Rizor*, Ergebnisse der psych.-neur. Untersuchung. . . . Westfalens. Zeitschr. f. d. Erforschung u. Beh. des jug. Schwachsinns, Bd. III, S. 119 ff.

(Außerdem sind in der Rheinprovinz, in Posen und dem Vernehmen nach in Ostpreußen allgemeine Untersuchungen ausgeführt. In Ungarn ist man mit der Beteiligung der Ärzte am weitesten vorgegangen.)




2. a *Cramer,* Bericht an das Landesdirektorium in Hannover über die Ergebnisse der psych.-neurol. Untersuchungen der Fürsorgezöglinge. Klin. Jahrb. 1907, Bd. 18 S. 1.
b Derselbe, Bericht an das Landesdirektorium über die psych.-neurol. Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge, dieses Heft, S. 493.
c *Mönkemöllers* Bericht erscheint demnächst.
Wie ich einer persönlichen Mitteilung *M*s. entnehme, handelt es sich um Feststellung der Schwachbefähigten unter etwa 600 schulpflichtigen Fürsorgezöglingen. Und es wird die Errichtung einer besonderen, den Hilfsschulen entsprechenden Abteilung an einer der Erziehungsanstalten geplant.
3. *Backhausen,* Sollen wir uns die Mitarbeit der Psychiater in der Fürsorgeerziehung gefallen lassen? Monatsbote 29. Jahrg., Nr. 1.
4. *Redepenning,* Der geistige Besitzstand u. s. w. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 23, Erg.-Heft, S. 141 ff.
5. a *Cramer,* Nervosität. S. 220 ff.
b Derselbe, Gerichtliche Psychiatrie. 4. Aufl., S. 381 ff. u. 388 ff.
c Derselbe, Pubertät u. Gesetzgebung. Zeitschr. f. d. Erforsch. des jug. Schwachsinns, 3 Bd., S.
5. *Ziehen,* Geisteskrankheiten des Kindesalters. 3 Heft, S. 23 ff.
7. *Cramer,* Die Grenzzustände in Armee und Marine. D. Militärärztl. Zeitschr. 1910.





# Über Residualwahn bei Alkoholdeliranten[1].

Von

Priv.-Doz. Dr. **G. Stertz,** früher Assistenzarzt der Klinik in Breslau, jetzt in Bonn.

Zu den Variationen im Verlauf eines Delirium tremens gehört der Umstand, daß sich nach Ablauf der akuten Symptome die sonst rasch entwickelte Krankheitseinsicht verzögert, daß tage- und selbst wochenlang Wahnreste aus dem Delirium bestehen, eventuell auch einmal dauernd von der Korrektur ausgeschlossen bleiben. Auf das Vorkommen eines derartigen Residualwahns oder, wie *Wernicke* es nennt, paranoischen Stadiums nach Ablauf eines Delirs ist von *Wernicke*[2]), *Liepmann*[3]), *Bonhoeffer*[4]), *Heilbronner*[5]) und bereits zuvor von *Sander*[6]) aufmerksam gemacht worden. Auch finden sich bei diesen Autoren einige Hinweise auf die Bedingungen, welche das Persistieren von Wahnideen aus dem Delirium begünstigen. Im ganzen ist das beigebrachte Material noch nicht so groß, um über diese prinzipiell interessante Frage ein abschließendes Urteil zu gestatten. Wir hatten in den letzten 1½ Jahren Gelegenheit, 33 Fälle von Delirium tremens an der Klinik zu beobachten, und fanden darunter nicht weniger als 9, bei welchen sich das Persistieren von Wahnideen nachweisen ließ. Dabei ist abgesehen worden von den gewiß recht zahlreichen Fällen, bei welchen in den ersten Stunden oder selbst Tagen nach dem kritischen Schlaf noch eine gewisse Unklarheit über das Vorangegangene besteht, so daß, wie *Bonhoeffer* sagt, die deliranten Erlebnisse in einem Atem als Wirklichkeit und als Traum bezeichnet werden. Es handelt

---

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. *Bonhoeffer*).

[2]) *Wernicke*, Grundriß. [3]) *Liepmann*, Archiv für Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 27. [4]) *Bonhoeffer*, Akute Geistesstörungen der Gewohnheitstrinker. [5]) *Heilbronner*, Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58. [6]) *Sander*, Archiv für Psychiatrie, Bd. I.



sich vielmehr hier um mehr oder minder zirkumskripte Wahnreste, Erklärungsvorstellungen, Ansätze einer Systematisierung, welche bei völliger Klarheit des Sensoriums und Fehlen aller aktiv deliranten Erscheinungen in dem Bewußtsein des Kranken tage- oder wochenlang festgehalten werden.

Der hohe Prozentsatz könnte auffallend erscheinen im Hinblick auf die landläufige Meinung, daß derartige Fälle immerhin seltene Ausnahmen darstellen.

Es ist aber zu berücksichtigen, daß, wenn nicht eine eingehende Prüfung der Krankheitseinsicht vorgenommen wird, sie sich leicht der Kenntnis entziehen können, weil die Kranken, worauf auch *Bonhoeffer* und *Liepmann* aufmerksam gemacht haben, von diesen Wahnresten nicht spontan sprechen.

Ich möchte nun versuchen, an der Hand der 9 Krankengeschichten, welche ich im folgenden auszugweise wiedergebe, den Bedingungen nachzugehen, unter welchen sich ein paranoisches Nachstadium oder ein Residualwahn beim Delirium entwickelt.

1. G. P., 56 Jahre, Theaterportier, 7. Feb. bis 5. März 1909.

Anamnese (Ehefrau): Von erblicher Belastung ist nichts zu erfahren. Pat. ist intellektuell gut veranlagt, hat einen ganz geordneten Lebensgang gehabt und war in seiner Arbeit ganz tüchtig. Er ist seit langem Trinker, ohne daß bisher auf psychischem Gebiet sich erhebliche Folgen bemerkbar gemacht hätten. Seit ½ Jahre stärkere Verdauungsbeschwerden, starker körperlicher Rückgang (25 Pfd.). Seit 14 Tagen unruhige Nächte, sehr lebhafte, ängstliche Träume, seit längerer Zeit Schreckhaftigkeit und zuweilen Schwindelgefühl. Seit 4. Februar delirant: Beschäftigungsdrang, kombinierte Sinnestäuschungen, Verkennungen, ängstlicher Affekt, Schweiß, Tremor.

Bei der Aufnahme ist Pat. matt und schläfrig, von schlechtem Ernährungzustand und ikterisch-zyanotischer Gesichtfarbe. Herz vergrößert. Puls weich, 80 p. M., leichte Arteriosklerose. Urin enthält Albumen. Im Gesicht besteht ein Flimmern, die Sprache ist leicht stolpernd. Schweiß und Zittern. Nachts schlummerte er zuweilen, zeitweise war er delirant. Am 8. Februar ungefähr orientiert, berichtete über die Ereignisse der letzten Tage u. a. folgendes:

Die Frau lasse ihm seit einiger Zeit durch einen „Hokuspokus-Mann" allerlei vormachen, Drähte seien durch sein Bett gezogen, so daß ihm allerlei vor der Nase herumspielt, Fahnen, Kronleuchter, Stöcke, Schirme u. dgl. Bald wurde ihm ins Gesicht geleuchtet, bald war es finster. Wenn





er nach etwas griff, so verging es. Bald kam aber etwas anderes zum Vorschein. Wahrscheinlich hat der Mann mit einer Art Laterna magica das vom Korridor aus gemacht, wobei ihm die Frau behilflich war. Vielleicht habe ihn die Frau damit vom Trinken kurieren wollen. Einmal habe er herausgehen wollen, aber die Tür verschlossen gefunden. Er wollte deshalb wegen Freiheitsberaubung gegen die Frau vorgehen.

Ueber sein Vorleben machte er prompte Angaben. Die Merkfähigkeit erschien herabgesetzt.

Am 9. Februar schlief er wenig, war nicht mehr delirant, am 10. Februar noch matt und schläfrig, zeigte aber zeitweise etwas Interesse an der Umgebung, beschäftigte sich etwas mit Lesen, ermüdete dabei schnell, behielt die Orientierung dauernd bei, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit waren entschieden besser, die Stimmungslage war indifferent, er zeigte keine Neigung zu Eigenbeziehungen, korrigierte aber das frühere System nicht. Der Schlaf war ruhig.

12. Februar ruhig, geordnet, habituelle Aufmerksamkeit besser, Gedächtnis, Merkfähigkeit nicht nachweislich gestört, Wahnrest unverändert; er will die Frau deshalb zur Rede stellen, ist sichtlich noch gereizt gegen sie. — Am 14. beginnt er im Anschluß an den Besuch der Frau die Möglichkeit zuzugeben, daß es Täuschung war; widerruft es aber bald wieder. — Am 16. Februar korrigiert er mit voller Einsicht. Die Täuschungen seien aber so natürlich gewesen, daß man auf solche Gedanken, wie er sie hatte, kommen mußte. Noch am 28. Februar wird er bei entsprechender Fragestellung schwankend in seiner Einsicht. Erörtert noch immer die Möglichkeit, daß man ihm etwas vorgespielt habe, zieht aber keine Konsequenzen daraus, spricht spontan nicht davon. Am 5. März entlassen. Hat sich körperlich und psychisch gut erholt.

Am 7. März 1910 stellte sich Pat. auf Wunsch wieder vor; er fühlt sich ganz gesund, macht regelmäßig seinen Dienst, er verträgt sich gut mit der Familie. Potus mäßig. Er hat eine gute Erinnerung an die Krankheit und volle Korrektur; er meint, *er sei deshalb so spät zur Einsicht gekommen, weil er damals so schwach war und ihm alles gleichgültig vorgekommen sei. Auch seien die Vorstellungen so lebhaft gewesen, daß man an ihrer Wirklichkeit nicht zweifeln konnte.*

Es handelt sich um einen 56 jährigen Mann mit arteriosklerotischen Erscheinungen, der, abgesehen von seinem Alkoholismus, in seinem Charakter und in seiner Lebensführung nichts Auffallendes geboten hat, in seiner Stellung sogar tüchtig und intelligent gewesen sein soll. Bemerkenswert ist der seit ½ Jahr datierende körperliche Rückgang, der z. Zt. der Aufnahme bereits zu einer ausgesprochenen Kachexie geführt hatte.



Das Delirium war dadurch ausgezeichnet, daß Pat. eine Neigung zum Systematisieren seiner deliranten Erlebnisse zeigte, in der Weise, daß er alles unter dem Gesichtspunkte ansah, daß ihm absichtlich mittels Apparate eine Art Zauberei vorgemacht wurde, mit dem Zweck, ihn von der Trunksucht zu heilen. Die Erklärungsidee des Theaterspielens mag ihm als Theaterbeamter besonders nahe gelegen haben. Das Delirium hatte, nachdem das Höhestadium nicht länger als gewöhnlich gedauert hatte, einen lytischen Ausgang. In dem darauf folgenden, leicht stuporösen, schläfrigen, matten Zustande, selbst noch, als dieser bereits einem äußerlich etwas attenteren Wesen Platz gemacht hatte, blieb er doch einsichtlos für seine Erklärungswahnideen und war gereizt gegen die Frau, die er schuldig wähnte.

Nicht aus eigener Kraft, sondern überzeugt durch seine Frau, kommt er schließlich ca. 1 Woche später zur Korrektur, wird aber nachher des öfteren wieder schwankend. Gleichwohl kommt es nicht mehr zu einer Affektreaktion und von selbst äußert er sich zu niemand über diese Zweifel.

Interessant ist, daß Pat. selbst später die Verzögerung der Einsicht auf seine damalige Schwäche und Gleichgültigkeit in Verbindung mit der großen Wahrheitstreue der Vorstellungen und der lebhaften Erinnerung daran zurückführte.

2. H. K., 57 Jahre, Zugführer. 28. Januar bis 6. Februar 1909; 21. Juni bis 5. Juli 1909.

Von erblicher Belastung ist nichts zu erfahren; seit 2 Jahren besonders starker Potus, damals gelegentlich einer Rippenfellentzündung Delir, vor 1 Jahre herzleidend, dabei wieder leicht delirant, seit einiger Zeit Darmkatarrh, seit vorgestern delirant, glaubt im Dienst zu sein, unterhielt sich scheinbar mit anderen Beamten, gab Signale; am Tage ruhiger, schlummernd, in der Nacht wieder lebhaft. Abnahme der psychischen Leistungfähigkeit hat die Frau nicht bemerkt, im Dienst brauchbar.

Pat. klagte bei der Aufnahme über Kopfschmerzen und Ruhelosigkeit, es habe ihm verschiedene Erscheinungen in der Nacht vorgemacht, Tiere und Menschen; Stimmen habe er nicht gehört, zeitweise sei er ängstlich gewesen.

Er ist von reduziertem Ernährungzustand, blaß und matt. Temperatur $37^5$, leichte neuritische Erscheinungen, Arteriosklerose; Achilles-Reflexe fehlen. Leichter Tremor und Schweiß. Psychisch stumpf, apathisch, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit herabgesetzt, Orientierung vorhanden. Er berichtet, daß er am 26. Januar von seiner Behörde ent-



lassen worden sei, ein Beamter habe ihm das mitgeteilt, daß er zum gewöhnlichen Arbeiter degradiert werden sollte. Den Grund wisse er nicht genau; vor 2 Tagen habe er sich allerdings unberechtigterweise aus dem Dienst entfernt. Er berichtete über diese Degradierung ohne Zeichen von Affekt.

29. Januar. Hat nachts teils geschlafen, teils leicht deliriert. Es besteht eine Erschwerung der Reproduktion auch für die weiter zurückliegende Zeit. Über die letzten 8 Tage macht er sehr wechselnde Angaben. Die Merkfähigkeit wird indessen jetzt gut befunden. Das Erlebnis der Dienstentlassung bleibt unkorrigiert.

30. Januar. Gegen Morgen vorübergehend aus dem Schlaf heraus ängstlich delirant, glaubt ertrinken zu müssen, hat auch vereinzelte Tasthalluzinationen; tags wieder geordnet, besonnen, orientiert, aber auffallend stumpf und apathisch, korrigiert die übrigen deliranten Erlebnisse, hält aber an der Entlassung fest.

31. Januar. Weiß jetzt, daß er seit dem 20. zu Haus war, besinnt sich, daß er doch fest angestellter Beamter sei, könne sich deshalb die Entlassung gar nicht erklären, würde ja von seiner Frau das Nähere hören. Trotz dieser Zweifel gleichgültig, schläft gut, beginnt sich etwas zu beschäftigen.

1. Februar. Im Anschluß an den Besuch der Angehörigen überzeugt, daß die betreffenden Vorstellungen krankhaft waren.

5. Februar. Dauernd besonnen, aber immer etwas stumpf und gleichgültig, erhebliche Defekte sind sonst nicht nachweisbar.

II. Aufnahme.

Hat, wie die Ehefrau angibt, nach der Entlassung seinen Dienst als Zugführer wieder verrichtet, bald wieder angefangen zu trinken. Seit 4 Wochen Schmerzen und Schwäche in den Beinen. 19. Juni epileptischer Anfall, darauf Beschäftigungsdelir. Gedächtnis und Leistungfähigkeit soll bis dahin nicht abgenommen haben.

Hier hat er diesmal ein etwas protrahiertes, mattes, zeitweise mehr halluzinoseartig gefärbtes Delirium durchgemacht, auch die Idee der Dienstentlassung ist dabei wieder aufgetaucht.

Bemerkenswert war dabei wieder die Erschwerung der Reproduktion auch der weiter zurückliegenden Zeit. Er kam manchmal in eine längst zurückliegende Epoche seines Lebens hinein, bezeichnete sich als Fleischer, dann wieder fühlte er sich in seiner früheren militärischen Situation, schrieb einen Brief an die längst verstorbenen Eltern. Sein Wesen war dabei stumpf, apathisch, ohne spontane Aufmerksamkeit. Angeredet, konnte er ziemlich rasch zur Einsicht über das meiste gebracht werden. Am 25. Juni begann er seine Pseudoreminiszenzen zu berichtigen.

Es zeigte sich, daß diesmal weitgehende Erinnerungsausfälle bestanden, Wahnreste blieben nicht bestehen. Schwierigkeiten machte es

ihm, die chronologische Ordnung der jüngsten Vergangenheit wieder herzustellen, die Merkfähigkeit zeigte sich wieder normal, das Wesen blieb stumpf.

Am 6. März 1910 stellte er sich auf Wunsch wieder vor, er ist inzwischen pensioniert; gesundheitlich ginge es ihm gut, er sehne sich nach Beschäftigung. Im Trinken sei er sehr mäßig. Mit der Familie käme er gut aus. Das Gedächtnis habe nachgelassen. Von seinen Erkrankungen weiß er nur wenig mehr zu berichten. Wahnreste sind nicht vorhanden. Er macht jetzt einen leidlich lebhaften und attenten Eindruck.

Pat hat im Laufe von 2 Jahren 4 Delirien durchgemacht, die beiden hier beobachteten zeichneten sich durch die geringe Lebhaftigkeit und durch den leicht protrahierten Verlauf und die zeitweise halluzinoseartige Färbung aus. Auffallend war auch nach Ablauf der deliranten Symptome das stumpfe, apathische Wesen. Nur bei dem ersten der hier durchgemachten Delirien kam es bei voller Besonnenheit und Korrektur alles Phantastischen zum Persistieren einer Wahnidee, die wohl einem halluzinierten Erlebnis aus der ersten Zeit des Delirs ihr Entstehen verdankte. Bemerkenswert ist, daß trotz ihrer einschneidenden Bedeutung für den Pat. diese Wahnidee der Dienstentlassung mit keinem Affekt verbunden ist, und daß er — unfähig, aus eigener Überlegung zur Klarheit zu kommen — gelassen den Besuch der Frau abwartet, die ihn dann über die wirklichen Verhältnisse aufklärt. Hier ist das Persistieren in der Idee offenbar dadurch begünstigt, daß Pat. wohl schon früher auf Grund seines Potatoriums seine eventuelle Entlassung ins Auge gefaßt haben mag.

Daß bei dem 2. Delir ein Residuärwahn nicht beobachtet werden konnte, hängt vielleicht mit der weitgehenden Amnesie für das durch einen epileptischen Anfall eingeleitete Delir zusammen.

Es handelt sich, wie im vorigen Falle, um ein älteres, mit Arteriosklerose behaftetes Individuum, das psychische und körperliche Defekte aufwies. Obgleich nach Ablauf des Delirs die Merkfähigkeit nicht nachweisbar gestört ist, weisen doch Züge innerhalb des Delirs — das Leben in einer weit zurückliegenden Epoche — auf eine Verwandtschaft zur *Korsakow*schen Psychose hin. Auch ein wohl dauernder Ausfall an Initiative und Lebhaftigkeit ist unverkennbar.

3. A. K., Klempner, 36 Jahre. 25. Juli bis 18. August 1909.

Von erblicher Belastung vermag Pat. nichts anzugeben, immer gesund, ganz gut gelernt, seine Stellung hat er ziemlich oft gewechselt.

ist auch zeitweise arbeitlos gewesen. Mit der Familie hat er schlecht gelebt, er trinkt seit langem, nach seiner Angabe aber nur periodenweise, hat 1908 bereits ein Delirium durchgemacht. Nach den vorliegenden Krankenhausnotizen war damals die Neigung zu Erklärungsideen bemerkenswert. Er glaubte, daß man ihm ein Theater vorspielte. Dabei blieb er auch noch einige Tage nach Wiederherstellung der Besonnenheit und Orientierung. Schließlich aber stellte sich scheinbar Krankheiteinsicht ein.

Am 22. Juli 1909 wurde Pat. wegen Schmerzen im rechten Arm in das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eingeliefert.

Am 24. begann er zu delirieren, fühlte sich elektrisiert, weinte, machte einen ernsthaften Suizidversuch, wurde deshalb in die Klinik verlegt. Hier zunächst orientiert und ruhig, behauptet, nur wegen Rheumatismus im Kloster gewesen zu sein. Stellt Sinnestäuschungen in Abrede. Nachmittag leichte delirante Unruhe.

Am 26. Juni nach gutem Schlaf klar und besonnen und orientiert, berichtet auf Befragen folgendes:

Am 25. hatte er sich im Kloster beim Kartenspiel aufgeregt. da sei ihm allerlei in den Sinn gekommen, der Krampf habe ihn gezogen, er habe kaum mehr gewußt, wo er sei. Dann habe man ihn in den Stuhl gespannt. Nun seien ihm vor den Augen „Probebilder vorgestellt" worden, Menschen, die im Zimmer umherliefen, klopften, und ihn beim Namen riefen. Es war wie im „Biographen". Man wollte offenbar sehen, ob er das Delirium habe. Vom Stuhl habe er sich dann losgemacht, habe sich aber so geärgert, daß er sich das Leben nehmen wollte. Dann habe man allerlei anderes mit ihm angestellt, das Bett elektrisch gemacht und ihn mit einem Blasebalg rauf und runter bewegt. An den Handgelenken, an denen er angeschnallt war, wurde ihm 2 × ½ Stunde Elektrizität eingeblasen. Am nächsten Morgen ging es besser. Auf die Frage, ob er denn kopfkrank war, bestreitet er das energisch. Er sei vollständig klar gewesen. Des Näheren beschreibt er die Visionen: Einer war wie ein Schutzmann angezogen, „provisorisch" mit Helm und Säbel; offenbar wollte man ihn ängstigen, mit Spiegeln wurde Licht, glänzende Schneeflocken hereingeworfen. Er würde nie wieder in das Krankenhaus gehen, lieber zu Haus sterben. Auf die Frage, weshalb man ihn so peinigte, antwortete er: Die wollten vielleicht den elektrischen Apparat abprobieren, früh sagten die Brüder auch: „Wir wollten ihn halt mal abprobieren", die Kranken sagten: „Na ja, was gibst du dich hin". Alle Knochen hätten ihm am nächsten Tage weh getan.

Bezüglich der ersten Erkrankung im Jahre 1908 stellt er es in Abrede, ein Delirium gehabt zu haben, er habe es schließlich zugegeben, um entlassen zu werden.

Er erzählt hastig, zeigt wenig Einsicht für seinen Alkoholismus, ist etwas euphorisch; Aufmerksamkeit ist herabgesetzt, er verhört sich



öfters, Merkfähigkeit ist ebenfalls gestört. Geringer Tremor der Hände und Zunge, Haut etwas feucht. Der Ernährungzustand ist gut, es besteht deutliche Arteriosklerose.

Die Muskulatur ist druckempfindlich, der Urin frei.

28. Juli. Fest geschlafen, fühlt sich ganz wohl, nur der Magen sei schwach. Auf Befragen äußert er, daß er über die Vorkommnisse im B. B.-Kloster nicht mehr nachgedacht habe. Ein Krankenhaus, wo man so gemartert wird, könnte er aber nicht empfehlen. Das habe er auch den Brüdern gesagt. Er bleibt dabei, als „Probierkaninchen“ für neue elektrische Apparate gedient zu haben. „Wir wollen ihn noch etwas zappeln lassen“, hat es geheißen. Weil er sich aus dem Stuhl freigemacht habe, haben sie einen Haß auf ihn gehabt, darum habe man gerade ihn ausgesucht. Nach seiner Entlassung würde er sich bei der Krankenkasse und der Polizei wegen der Menschenschinderei beschweren. — Verhält sich im übrigen geordnet, bittet aufstehen zu dürfen, unterhält sich mit seinen Nachbarn, ist etwas euphorisch.

29. Juli. Habe unruhig geschlafen, sei 4 mal außer Bett gewesen, habe in der Nacht ähnlich wie im B. B.-Kloster das Gefühl gehabt, elektrisiert und mit dem Bett auf und ab bewegt zu werden. Objektiv wurde K. nur 2 mal wach gefunden, ohne daß etwas Auffallendes an ihm beobachtet worden wäre. Er zeigt bei dem Bericht über die vermeintliche Störung keinen Affekt, will auch gegen das Kloster nichts mehr unternehmen.

9. August. Erholt sich körperlich gut, verkehrt ungezwungen mit den anderen, zeigt keinerlei Neigung zur Eigenbeziehung, möchte entlassen sein, da er sich wieder kräftig genug zur Arbeit fühle. Der residuäre Wahn besteht indessen unverändert fort. Eine eingehende Intelligenzprüfung ergibt ein leidlich gutes Resultat.

17. August. Wahnrest unverändert, läßt sich durch Gegenvorstellungen nicht erschüttern, hat nur ein überlegenes Lächeln dafür. Spontan spricht er nicht davon, zeigt keine Neigung, weiter zu systematisieren, noch Konsequenzen daraus zu ziehen. Verhält sich im übrigen ordentlich, ist ganz lebhaft, arbeitet fleißig, ist umgänglich und hat keinerlei Konflikte. Hier sei er mit allem sehr zufrieden; zuweilen klagt er über Muskelschmerzen und Schmerzen in der Lebergegend. Gedächtnis und Merkfähigkeit intakt.

18. August. Unverändert entlassen.

Bei dem Versuch, ihn später noch einmal wieder zu bestellen, erwies er sich als unauffindbar.

Bereits das erste Delir dieses Kranken im Jahre 1908 war durch das Auftreten von Erklärungsideen gekennzeichnet. Es scheint nach seinen jetzigen Angaben, daß er auch damals keine Krankheiteinsicht



dafür gewonnen hat, sondern dissimuliert hat, um seine Entlassung zu beschleunigen.

Auch in dem gegenwärtigen Delir tritt von vornherein die Neigung hervor, nicht nur die optisch-halluzinatorischen Erlebnisse unter dem Gesichtspunkte der künstlichen Darstellung durch einen „Biographen" zu betrachten, sondern es geben auch lebhafte körperliche Sensationen und Gleichgewichtstörungen zum Anknüpfen der Erklärungsidee Veranlassung. Darüber hinaus kommt es zur Ausbildung eines zirkumskripten Beeinträchtigungsystems, ein Vorgang, der durch das Auftreten reichlicher Phoneme offenbar begünstigt wird.

Der Abschluß des Delirs ist insofern nicht ganz kritisch, als einige Zeit nach dem Schlaf noch einmal vorübergehend delirante nächtliche Erscheinungen — vielleicht halb geträumt — auftreten. Im übrigen hat sich K. körperlich und geistig schnell erholt. Er ist der einzige Patient unserer Beobachtungreihe, der einen Wahnrest absurden Inhalts — unerschüttert durch alle Einwände — dauernd beibehält.

Die Starrsinnigkeit, das überlegen Ablehnende gegenüber allen Gegenvorstellungen legt den Verdacht auf eine paranoische Veranlagung nahe.

Die leider nur von ihm selbst gegebene Anamnese (Frau verstorben) läßt speziell hierfür allerdings sichere Anhaltpunkte nicht gewinnen. Degenerative Züge sind aber auch in dieser subjektiven Anamnese enthalten. Erschöpfende Krankheiten kommen hier nicht in Frage, dagegen ist trotz des jugendlichen Alters bereits eine deutliche Arteriosklerose vorhanden; Zeichen eines psychischen Defektes, insbesondere auch der Initiative sind nicht nachweisbar. Auch die aus dem ersten Delir erhalten gebliebenen Wahnreste haben, wie es scheint, zu einer weiteren Verarbeitung keinen Anlaß gegeben.

4. G. R., Hufschmied, 26 Jahre, 20. Mai bis 28. Mai 1909.

Pat. soll bis zum 15. Mai gearbeitet haben. An diesem Tage erkrankte er mit Schüttelfrost, Mattigkeit, Husten, Durchfall, Erbrechen. Am 18. Mai begann er zu phantasieren, verkannte die Situation, drängte hinaus, packte die Betten zusammen, glaubte bei der Arbeit zu sein, hantierte herum und suchte allerlei. Zeitweise war er änsgtlich, sah vor dem Haus Feuerwehrmänner. War meist außer Bett, schlief nicht, fiel einmal hin, wobei er sich im Gesicht verletzte, sprach wenig.



Früher soll er immer gesund gewesen sein, nur still, etwas reizbar, soll sonst nichts Auffallendes geboten haben. Von erblicher Belastung ist nichts bekannt. Potus für ca. 30 Pfg. Schnaps.

Hier klagt Pat. über Kopf- und Leibschmerzen, der Doktor habe gesagt, er sei von oben bis unten verfault. Die Schwägersleute und die Frau hätten darauf gedrungen, daß er hierher kam, offenbar wollte man ihn los sein. Er erinnert sich, daß er am 15. erkrankt sei und allerlei Erscheinungen gehabt und geglaubt habe, in der Arbeit zu sein. Das sei wohl nur Traum gewesen; dagegen behauptet er, daß er gestern auswärts einen Besuch gemacht habe und dabei verunglückt sei. Durch schlechte Behandlung zu Hause habe man ihn verrückt gemacht.

Pat. zeigt ein gehemmtes, apathisches Wesen, der Blick ist leer und geradeaus gerichtet. Haltung und Mimik sind unbeweglich, aber ohne Muskelspannung; die Affektlage ist indifferent. Die örtliche und zeitliche Orientierung ist vorhanden. Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit sind nicht grob gestört. Das Aussehen ist blaß, Temperatur 39, Puls 124, weich, regelmäßig. Die Zunge ist trocken; in Resolution befindliche Pneumonie des rechten Oberlappens. Herz nach rechts verbreitert, Leib etwas aufgetrieben, im Urin Albumen. Leichtes Vibrieren der Gesichtsmukeln und der Sprache. Geringer Tremor der Zunge und der Hände.

Im Laufe des Nachmittags vereinzelte delirante Halluzinationen und reaktive Bewegungen.

21. Mai. Temperatur 37,⁶. Wenig geschlafen, leicht stuporös, Orientierung erhalten, Temperatur nachmittags 38,⁴, Puls 136. Leichte Erschwerung aller assoziativen Leistungen. Keine deliranten Symptome. Keine Neigung zu konfabulieren. Merkfähigkeit ganz gut.

24. Mai. Schläft viel, fieberfrei, wenig Spontaneität. Korrigiert die Beeinträchtigungsideen gegen die Frau und die oben erwähnten deliranten Erlebnisse nicht.

27. Mai. Schläft auch tags viel, keine spontanen sprachlichen Äußerungen. Hält sich für gesund, nur schwach, möchte entlassen sein. Beschäftigt sich gar nicht. Psychischen Anstrengungen abgeneigt, keine Einsicht.

28. Mai. Hat sich etwas erholt, ist dauernd fieberfrei. Erklärt nun auch die anfangs geäußerte Abneigung gegen die Frau als eine Folge seiner Phantasien. Er habe sich eingebildet, sie habe ihn hierher gebracht, um sich seiner zu entledigen. Jetzt wisse er aber wieder, daß sie es gut mit ihm meine, da er doch immer gut mit ihr gelebt habe. — Ist im ganzen etwas lebhafter als zuvor. — In kassenärztliche Behandlung entlassen.

Stellt sich später in der Poliklinik vor, zeigt ein etwas stilles, einsilbiges Wesen, welches ihm wohl dauernd eigen ist. Einsicht vollständig.



Es handelt sich hier um ein durch eine Pneumonie zur Auslösung gebrachtes ziemlich kurzes Alkoholdelir. Indessen fehlt wieder der Abschluß durch einen kritischen Schlaf, und es entwickelt sich ein Stuporzustand von einer Intensität, wie man ihn beim reinen Alkoholdelir kaum antrifft, den man deshalb wohl als toxisch-infektiösen Mischzustand deuten darf. Dieser Stupor mit seinem Ausfall an Spontaneität und geistiger Regsamkeit bildet hier den Hintergrund für das Persistieren einer Anzahl von Wahnideen aus dem Delir, bestehend in einem an sich nicht gerade unwahrscheinlichen Pseudoerlebnisse und in Beeinträchtigungsideen gegen die Frau, die ihn durch schlechte Behandlung verrückt gemacht habe, um ihn los zu werden. Erst im Lauf einer Woche kommt er auf Grund von Überlegungen, wohl auch von Beeinflussungen der Frau, Hand in Hand mit einer Zunahme der geistigen Regsamkeit zur vollen Korrektur.

R. macht nach Ablauf seiner Krankheit einen etwas psychopathischen Eindruck.

5. K. Qu., Werkmeister, 42 Jahre. 2. Februar bis 5. März 1910 in der Klinik.

Qu. ist nach Angabe der Ehefrau sehr starker Potator, soll aber seine Arbeit ganz gut gemacht haben, seit 8 Jahren in derselben Stellung. In den letzten Jahren litt er viel an Rheumatismus; 1908 war er leberleidend und hatte eine Anschwellung des Leibes. Dauernd magenleidend, erbrach öfters. Litt wochenlang an Diarrhöen. Körperlich im ganzen zurückgegangen, nie Krämpfe, im Rausch aufgeregt, auch tätlich. War manchmal ganze Nächte durch erregt. Ist stumpfer und interesseloser geworden. Kümmerte sich nicht mehr so um die Familie. Der Vater war jähzornig und Trinker, des Pat. 4 Brüder sind es desgleichen.

In der Nacht zum 1. Februar konnte er nicht schlafen, war etwas ängstlich, klagte über Kopfschmerzen und Ohrensausen, fühlte sich gebissen und suchte nach Ungeziefer.

Am 1. Februar brachte man ihn in schwerer Angst nach Haus, er glaubte sich verfolgt, Männer seien hinter ihm her, die ihn erstechen wollten.

In der Nacht zum 2. Februar war er beständig unruhig, ängstlich, sprach vor sich hin, schien zu antworten, glaubte Geld in der Hand zu haben, Insekten und Würmer, zeigte zeitweise Beschäftigungsdrang, zitterte und schwitzte stark und war zuweilen ganz erschöpft. Er glaubte, daß Leute mit Leitern in die Wohnung stiegen, hörte Schimpfworte, Bedrohungen, sah schreckhafte Erscheinungen, verriegelte die Tür, sprach auch davon, daß er gequält und seziert würde.



Am nächsten Morgen (2. Februar) war er ruhiger, schlummerte auch ½ Stunde.

Hier zeigte er sich geordnet und orientiert, gesprächig, von guter Aufmerksamkeit, nur etwas hastig in seinen Bewegungen. Für den deliranten Anteil seiner Erkrankung hatte er Einsicht, nicht dagegen für den Verfolgungswahn und dessen Begleiterscheinungen. Seine Schilderungen dieser Erlebnisse waren außerordentlich plastisch. Vorgestern abend hätten im Anschluß an eine Differenz mit den ihm unterstellten Arbeitern die Verfolgungen ihren plötzlichen Anfang genommen; während er auf dem Bau beschäftigt war, schrie es von allen Seiten herauf: „Lump, Vagabund, wir schlagen ihn tot", dabei sei er sehr ängstlich geworden. Er habe sich flüchten wollen, sprang schnell auf die in voller Fahrt befindliche elektrische Bahn, nachdem er zu seiner Verteidigung eine Feile eingesteckt hatte. Die Verfolger kamen auf Rädern hinter ihm her, fortwährend wurden dieselben Schimpfworte und Bedrohungen laut: „Der kriegt seine Prügel, der stirbt einen bösen Tod" u. dgl. Er wechselte mehrfach die Bahnlinie, immer wieder waren sie hinter ihm her. Schließlich hätten sich einige Leute seiner angenommen und ihn nach Hause gebracht. Nachts sah er sich bei lebendigem Leibe seziert und fürchterlich gequält, ohne dabei eigentlich Schmerzen zu empfinden. Der abgeschnittene Kopf wurde ihm vorgezeigt, dabei hieß es: „Der ist nicht tot zu kriegen". Jetzt wisse er, daß das nur Träume gewesen sein können, In der Erinnerung sei es aber mehr ein wirkliches Erlebnis.

Hier fühle er sich beruhigt, habe nur noch Kopfschmerzen und Ohrensausen. Gegenvorstellungen bezüglich der Verfolgungen im Beginn der Erkrankung prallen wirkunglos ab.

Pat. befindet sich in schlechtem Ernährungzustand und hat eine fahle, leicht ikterische Hautfarbe, Zunge und Hände zittern etwas. Der 1. Herzton ist dumpf. Es besteht mäßige Arteriosklerose. Die Leber ist vergrößert und druckempfindlich. Der Urin enthält Eiweiß und Gallenfarbstoff. Die Muskulatur ist etwas dürftig und druckempfindlich.

3. März. Hat die ganze Nacht und einen Teil des Tages geschlafen, ist matt, im übrigen ruhig und geordnet. Temperatur $37^5$.

10. Ferbuar. Klagt über Kopfschmerzen. Psychisch attent, ganz lebhaft, etwas euphorisch, zeigt etwas erhöhte Selbsteinschätzung, hat oft ein überlegenes Lächeln. Bezüglich der Krankheiteinsicht ist keine Änderung eingetreten. Er beabsichtigt, darüber befragt, eventuell die polizeiliche Bestrafung seiner Verfolger herbeizuführen. Schlaf und Appetit nicht gestört. Gedächtnis, Merkfähigkeit gut; zeigt gute Kenntnisse und Gewandtheit des sprachlichen Ausdrucks.

28. Februar. Beschwerdefrei, nur noch matt; spricht spontan nicht von seinem Wahnrest, zeigt wenig Initiative, äußert weder den Wunsch der Entlassung, noch zeigt er Neigung, sich nützlich zu machen. Die Mitteilung seiner Entlassung aus der bisherigen Stellung nimmt er ge-

lassen hin. Er könne bei seinen Kenntnissen und Leistungen jederzeit eine ebensolche haben. Er liest und unterhält sich etwas, verkehrt ungezwungen mit den anderen, hat keine Konflikte. Aus seinem Vorleben sind keine Züge zu eruieren, welche in Hinsicht auf eine paranoische Veranlagung bemerkenswert wären.

5. März. Erholt sich körperlich gut, Urin frei. Wahnrest unverändert, die Absicht, Konsequenzen daraus zu ziehen, besteht nicht mehr, ebensowenig eine Neigung zu weiterer Systematisierung.

13. März. Stellt sich auf Wunsch in der Poliklinik vor. Hat sich noch weiter erholt, fühlt sich aber immer noch etwas schwach. Sei an der früheren Arbeitstätte gewesen, habe mit dem Polier die Sache besprochen und sich schließlich überzeugen lassen, daß ihm alles viel schlimmer vorgekommen war, als es in Wirklichkeit sich abspielte, daß er überhaupt mit den Schimpfreden nicht gemeint gewesen sei. Die erwähnte Differenz, die den Anstoß zu der ganzen Sache gegeben habe, sei Tatsache.

Das Delirium des Qu. ist atypisch insofern, als es ohne kritischen Schlaf seinen Abschluß fand und durch reichliches Auftreten von Gehörstäuschungen ausgezeichnet war. Wir finden in ihm sogar eine wohlumschriebene Episode vom Charakter der Alkoholhalluzinose, die sich an eine delirante Phase anschloß und dann wieder in eine solche überging.

Bei eintretender Besonnenheit werden die traumhaft-phantastischen Erlebnisse auch ohne vorangegangenen Schlaf rasch und vollständig korrigiert, hingegen sitzt der episodische systematisierte Verfolgungswahn fest. Versuche, Pat. durch Gegenvorstellungen von der wahrhaften Natur der betreffenden Erlebnisse zu überzeugen, werden mit einem überlegenen Lächeln zurückgewiesen. Pat zeigt bald ein ziemlich lebhaftes euphorisches Verhalten, das mit der körperlichen Hinfälligkeit nicht im Einklang steht, das später auch wieder einem mehr stumpfen, initiativelosen Wesen Platz macht.

Qu. ist erblich belastet, und, wie die pathologischen Räusche beweisen, psychopathisch veranlagt. Sein Intellekt ist gut, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind intakt, indessen hat sich bei ihm, wie auch die Vorgeschichte zeigt, Hand in Hand mit dem durch vielfache Erkrankungen bedingten körperlichen Rückgang eine Einbuße an Initiative und allgemeinem Interesse herausgestellt.

Die Krankheiteinsicht ist auch 8 Tage nach der Entlassung, nachdem sich Pat. von Augenzeugen Informationen geholt hatte, noch nicht ganz vollständig.



6. E. B., Werkstättenarbeiter, 41 Jahre. 27. März bis 22. April 1908; 9. September bis 22. Oktober 1909.

Von erblicher Belastung ist nichts bekannt. Vor 5 Jahren Blutvergiftung, vor 8 Jahren Beinbruch, seitdem 11,90 M Unfallrente. Trinkt ziemlich viel, verträgt den Alkohol schlecht. Ist reizbar, schimpft. In nüchternem Zustande gutmütig. Bereits vor 2 Jahren wegen einer ähnlichen Erkrankung wie jetzt in der städt. Irrenanstalt. Seit einigen Tagen schlechter Schlaf, sieht Vögel, Menschen ohne Köpfe, hört seinen Namen rufen, ist ängstlich und schreckhaft. Appetit schlecht, öfter Erbrechen, Ohrensausen.

Er selbst gibt an, daß er in der Schule schlecht gelernt habe, später immer regelmäßig gearbeitet habe.

Er zeigt bei der Aufnahme ein subdeliröses Verhalten, zittert, schwitzt etwas und ist sehr suggestibel.

Er verhielt sich hier ruhig und geordnet, allmählich kam er mit folgendem Krankheitbericht heraus. „Seit dem 21. März habe er sich im Anschluß an einen Alkoholexzeß körperlich sehr schlecht gefühlt, trotzdem noch bis 27. März gearbeitet. Nachts vom 25. bis 26. fing das „Sprechen“ an, aus allen Ecken rief es „E. B. komm mit, du läßt dich ja gar nicht mehr sehen“. Dabei flimmerte es vor den Augen und machte ihm verschiedene Bilder vor. Er habe große Angst gehabt und sich unter der Decke versteckt. Unter dem Kopfkissen sprach es; da niemand da war, so nahm er schließlich an, daß es seine Gedanken seien. Am 27. März hörte er nur immer seinen Namen rufen, keine Schimpfworte und Drohungen. Trotzdem bestand ein unheimliches Gefühl, Zittern am ganzen Körper.

Hier hat er nichts mehr gehört. Zeigte sich etwas stumpf, hatte aber Krankheiteinsicht. Die leichten polyneuritischen Symptome verloren sich allmählich. In der letzten Zeit gearbeitet. Intellektuell leidlich veranlagt.

22. April. Geheilt entlassen.

II. Aufnahme.

Nach der Entlassung ging es ganz gut, B. arbeitete regelmäßig. Von Zeit zu Zeit aufgeregte Räusche. Seit Ende August traten wieder „Stimmen“ auf. Am 4. September Fall auf den Hinterkopf durch Ausgleiten, dabei reichlicher Blutverlust. Am 7. September wurde er ängstlich, unruhig, sah Männer in der Stube, hörte den Befehl, sich aufzuhängen, ins Wasser zu gehen, glaubte, daß die Frau im Zimmer vergewaltigt würde, war körperlich sehr schwach und hinfällig, zitterte und schwitzte stark. Nachts schlief er gar nicht.

Am 8. September ziemlich unverändert, lief aus Angst vor den Stimmen aus der Wohnung. Vor der Erkrankung war B. psychisch ganz intakt, Gedächtnis und Merkfähigkeit waren nicht gestört.

Er berichtete bei der Aufnahme sehr plastisch von seinen deliranten Erscheinungen und vor allem von den Stimmen. Er sei u. a. auch einbalsamiert, eingepackt und mit dem Bett in die Höhe gehoben worden. Er habe die verschiedensten Drohungen gehört, Hunde wurden auf ihn gehetzt, bis er sich schließlich vor Angst geflüchtet habe. Ausführlich berichtete er von Sittlichkeitsverbrechen, die in seiner Wohnung an seiner Frau und seiner Tochter verübt worden seien. Ein Delir sei es nicht gewesen, ganz etwas anderes, ein abgekartetes Spiel.

Pat. liegt in etwas steifer Haltung im Bett, zeigt vermehrte Suggestibilität, leichten Tremor und Schweiß, erhöhte Pulsfrequenz, leichte neuritische Erscheinungen und erhebliche Arteriosklerose. Er ist dürftig genährt, hat seit der Entlassung 7 kg abgenommen.

10. September. Nachts nicht geschlafen, hörte „Stimmen" vom Kopfende des Bettes: „Lump, Vagabund, sterben muß er", sah Männer umhergehen, Mäuse wurden ihm ins Bett geworfen. Er schimpfte viel auf seine Frau. Heute klar, gut orientiert, hält an allem fest, äußert Beeinträchtigungsideen gegen die Frau, die ihn verkauft habe. Er sollte mit Gas vergiftet werden, weil er Mitwisser des Sittlichkeitsverbrechens sei. Die Frau habe nur vorgeschützt, daß er krank sei, um alles zu vertuschen.

Erst zurückhaltend, vielsagendes Lächeln, dann gesprächiger.

11. September. In der Nacht geschlafen, hört noch „Stimmen", aber undeutlicher. Er sehe jetzt ein, daß es nur seine Gedanken seien, und daß es nur Einbildung sei. Er antworte auch nicht mehr darauf. Das müsse eine Krankheit sein. Das ganze System erklärt er für Einbildung, ist wieder von der guten Absicht der Frau überzeugt. Euphorisch, scheinbar attent, ab und zu noch Gehörstäuschungen freundlichen Inhalts mit Krankheiteinsicht. Die Stimmen hört er hauptsächlich auf dem linken Ohr, woselbst auch Ohrensausen besteht.

15. September. Rauschen und Sausen im linken Ohr, keine „Stimmen" mehr. Er ist mißgestimmt, wird in der Krankheiteinsicht wieder schwankend. Berichtet von seinem System als wirklichem Geschehnis. Gerät in Tränen bei der Erinnerung an das Sittlichkeitsverbrechen.

23. September. Dauernd ruhig, geordnet, vielfache körperliche Beschwerden, fühlt sich sehr matt. Seitens der Ohrenklinik wird chronischer Mittelohrkatarrh festgestellt. Stimmung jetzt ziemlich gleichgültig. Bezüglich der Krankheiteinsicht schwankt er beständig, drückt sich meist so aus, als wenn sich alles in Wirklichkeit abgespielt habe. Es war, als hätte er unter einem Befehl gestanden; was die Stimmen sagten, mußte er tun. Es müssen doch wirkliche Menschen gewesen sein; andererseits, wenn er es sich überlege, müsse er sich wieder sagen, daß es doch unmöglich sei.

Wie kamen denn die Leute dazu, Sie zu verfolgen?

— „Ja, das wird mir unaufgeklärt bleiben!" —



Hatten Sie denn Feinde? — „Nein, das nicht". —

Haben Sie jemand im Verdacht? — „Ich weiß nicht, einmal war die Schwägerin dabei!" —

Es wird doch wohl Einbildung gewesen sein? — „Ich kann nichts darüber sagen." —

Hier benimmt sich Pat. ganz ungezwungen, gegen die Umgebung zeigt er kein Mißtrauen, auch gegen die Frau habe er nichts mehr.

Gedächtnis und Merkfähigkeit sind intakt. Beschäftigt sich etwas mit Lesen, äußert auch den Wunsch, aufzustehen, hat im ganzen wenig Energie und Initiative.

5. Oktober. Klagt ab und zu über Kopfschmerzen, äußerte spontan nichts über seinen Wahnrest. Danach gefragt, schwankt er zwischen Einsicht und Realitätsglauben.

War es denn nun eine Krankheit? — „Ich kann mir nicht enträtseln, wie es entstanden ist." —

Ist also zu Ihnen gesprochen worden? — „Ja, aber wenn ich hin ging, war doch niemand da." —

War das ganze eine Geisteskrankheit? — „Nein, sonst hätte ich doch alles gemacht, was die Stimmen sagten."

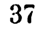
11. Oktober. Unverändert. Dauernd ruhig und gleichgültig, wenig Initiative.

21. Oktober. Jetzt volle Einsicht. Es sei genau so gewesen, wie bei der vorigen Erkrankung, früher habe er nur seinen Namen rufen hören, aber diesmal war es sehr unheimlich und ängstlich. Hat sich ganz gut erholt.

22. Oktober. Entlassen.

B. hat im Laufe von 3 Jahren 3 Delirien durchgemacht. Die beiden hier beobachteten hatten einen atypischen Verlauf, indem die Gehörstäuschungen stark dominierten, so daß man von einer Mischform von Delir und Halluzinose sprechen kann. Beide Erkrankungen, besonders die letzte, hatten einen etwas protrahierten Verlauf. Bemerkenswert ist, daß die Phoneme vielfach ausgesprochenen imperativen Charakter hatten, später auch den des Gedankenlautwerdens. Schließlich hatte B. bereits zur Zeit der Halluzinationen Einsicht für dieselben. Auf der Höhe der Erkrankung kam es zu kombinierten szenenhaften Halluzinationen deliranter Art, die Pat. zu einem System verarbeitete. Nach Ablauf der akuten Symptome hält er zunächst daran fest, daß an Frau und Tochter ein Sittlichkeitsverbrechen von „hochgestellter Seite" begangen worden sei. Um seine Mitwisserschaft zu beseitigen, sollte er umgebracht werden, wohl im Einverständnis mit der Frau. Er systematisiert noch weiter: Die Angabe der Frau, daß er das Delirium gehabt habe, habe nur den Zweck, seine Angabe als unglaubwürdig







hinzustellen. Die bereits am nächsten Tage gewonnene ganz gute Krankheiteinsicht geht auffallenderweise wieder verloren, und auch, nachdem die im Beginn der Rekonvalescenz noch vereinzelt vorhandenen Gehörstäuschungen längst sistiert hatten, schwankt er zwischen Einsicht und Realitätsglauben wochenlang hin und her. Abgesehen von der Verstimmung, welche das Wiederauftreten der Zweifel begleitete, zeigte sich B. während der Zeit der schwankenden Einsicht gleichgültig. Die Systematisierung machte späterhin keinerlei Fortschritte mehr, er selbst sprach von der Angelegenheit niemals, machte sich, wie er selbst sagte, keine Gedanken mehr darüber.

Wir begegnen hier wieder der Kombination einer stark geschwächten Konstitution, wozu auch ein reichlicher Blutverlust im Beginne der Erkrankung beigetragen hatte, mit einem lange anhaltenden Ausfall von Initiative und Regsamkeit. Gröbere Defekte sind, abgesehen davon, nicht nachweisbar.

Von Eifersuchtsideen und anderen paranoischen Zügen vor der Erkrankung ist nichts bekannt, dagegen weisen Intoleranz und pathologische Räusche auf eine angeborene oder erworbene psychopathische Disposition hin.

7. J. H., Maurer, 42 Jahre; 17. August bis 6. September 1909.

Vater des Pat. war geisteskrank und Trinker. Eine Schwester ist in der Irrenanstalt.

Pat. hat sich gut entwickelt, ist immer gesund gewesen. Trinkt schon seit langem, hat aber bis 1907 regelmäßig gearbeitet, seitdem nur mit Unterbrechungen. In den letzten Jahren alkoholistische Eifersuchtsideen und Aufregungzustände. 1908 hat er der Krankengeschichte zufolge in der städt. Irrenanstalt ein abortives Delirium durchgemacht. Er war damals zeitweise ängstlich, sah Lichtscheine, glaubte, daß es brenne; hörte viel Stimmen; glaubte sich bedroht, wollte sich selbst das Leben nehmen. Die Krankheiteinsicht zögerte sich damals um einige Tage hinaus.

Jetzt seit 6 Tagen krank, habe wohl zuviel getrunken (50—60 Pfg. Schnaps), sei nicht mehr zurechnungfähig, der Kopf schmerze, in den Ohren habe er Stechen, im Magen einen Druck. Bei der Arbeit hätten seit derselben Zeit die Leute in Gruppen zusammengestanden, Schimpfworte und Drohungen gegen ihn ausgestoßen. Zu Haus habe er 3 Tage herumgewirtschaftet, allerlei Erscheinungen habe es ihm vorgemacht. Im Kopf wühlte es rum, bald „Stimme", bald Lied, je nachdem es ins Ohr reinkam. Nachdem er zu trinken aufgehört habe, sei das Delirium zum Ausbruch gekommen. Schon 1908 sei er wegen Delirium in der Irrenanstalt ge-



wesen. Über sein Vorleben gibt er geordnete Auskunft; dagegen ist der Bericht über seine Krankheit verworren.

Elendes Aussehen, starke Abmagerung. Zunge stark belegt, deutliche Arteriosklerose. Beide Lungenspitzen suspekt. Tremor und Schweiß. Die Affektlage ist indifferent, manchmal erscheint ein Gemisch von Humor und Ängstlichkeit zu bestehen. Abends halluziniert Pat. wieder, glaubt einen Hund zu sehen, Männer an der Decke, die ihn verbrennen wollen, spürte schon das Feuer unter seinem Bett. Sprang öfters aus dem Bett, schlug mit dem Kopf absichtlich mehrmals auf den Fußboden und lief gegen die Wand. Wolle sich lieber den Kopf einschlagen, als verbrannt werden. Dabei orientiert, beruhigt sich unter Suggestion und scherzt über die ausgestandene Angst.

18. August. Hat nicht geschlafen, örtlich orientiert, glaubt 3 Tage hier zu sein. Erinnert sich der gestrigen Vorgänge. Ist auch jetzt noch ängstlich, die anderen Patienten hätten sich beklagt, daß er stänke, und wollten ihn deshalb herauswerfen, hält die letzteren für frühere Arbeitgenossen.

Zittert und schwitzt noch etwas. Im Laufe des Nachmittags treten wieder einige ängstliche delirante Sinnestäuschungen auf. Wechselnde Personenverkennungen. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit herabgesetzt. Ziemlich matte reaktive Unruhe.

19. August. Nachts lebhafter delirant, viel Gehörstäuschungen. Morgens wieder ruhig. Kein Krankheitsgefühl. Glaubt seit 4 Wochen als Maurer hier tätig zu sein. Etwas euphorisch, humoristisch. Anscheinend viel Augenblickskonfabulationen bei der Unterhaltung. Örtlich orientiert. Abends wieder vorübergehend ängstlich.

20. August. Nachts und vormittags geschlafen. Beim Erwachen orientiert, gute Erinnerung für die deliranten Erlebnisse. Krankheiteinsicht für das Gros derselben. Behauptet aber, daß bei seiner früheren Arbeit die anderen gegen ihn gehetzt hätten und ihn herausdrängen wollten, weil er nicht im sozialdemokratischen Verbande war. Es sei ihm auch nachgesagt worden, daß er stänke. Pat. verfaßt auf Wunsch einen sehr ausführlichen, in lebhaften Farben gehaltenen Krankheitbericht. Die ihm verordneten Packungen faßt er in demselben als absichtliche Quälerei auf, dabei besteht kein adäquater Affekt, sondern eher eine humoristische Betrachtungsart und ein euphorisches Wesen.

27. August. Verhält sich dauernd geordnet und ruhig. Erholt sich allmählich. Erst jetzt beginnt er auch die Eigenbeziehungen zu korrigieren, die er im Beginn seiner Krankheit konzipiert hatte. Spontan hatte er nie davon gesprochen, gegen die Umgebung zeigt er sich in keiner Weise mißtrauisch. Die Erinnerung an die deliranten Erlebnisse bleibt sehr lebhaft. Im ganzen ist er noch von etwas herabgesetzter Initiative.

6. September. Geheilt entlassen.





15. März 1910. Stellt sich auf Wunsch wieder vor; hat nach der Entlassung bis Weihnachten gearbeitet, bekam dann keine Arbeit mehr, hat nur zu Hause in der Wirtschaft geholfen. Trinkt angeblich nur sehr wenig, ist auch körperlich in leidlicher Verfassung. Kommt mit der Familie gut aus. Erinnert sich aller Einzelheiten des hier durchgemachten Deliriums, auch, daß er erst so spät zur Klarheit über manches gekommen sei. Woran das gelegen haben mag, könne er sich nicht denken. Was die schlechte Behandlung seitens des Personals während des Delirs betrifft, so glaubt er doch noch jetzt, daß er etwas scharf angefaßt worden sei. Das sei aber erklärlich bei der Unruhe der Kranken. Im ganzen sei er mit seinem Aufenthalt doch zufrieden gewesen.

H. ist erblich belastet, schwerer Trinker, zu Eifersuchtsideen und pathologischen Räuschen geneigt. Hat seit einigen Jahren in der Arbeit nachgelassen. Das im Jahre 1908 durchgemachte abortive Delir zeichnete sich durch die starke Beteiligung der akustischen Sphäre bei den Halluzinationen sowie durch Selbstmordtendenz aus. Bemerkenswert war jetzt der starke körperliche Verfall. Das gegenwärtige Delir weicht von dem gewöhnlichen Typus durch den halluzinoseartigen Beginn ab, in welchem sich Pat. bei anscheinend guter Besonnenheit aus Eigenbeziehungen und Halluzinationen ein kleines System bildete. Auch während der eigentlich deliranten Zeit war wenigstens in den Tagen der Beobachtung auffallend, daß, abgesehen von einigen halluzinatorisch bedingten Angstparoxysmen mit starker Suicidneigung die Besonnenheit und Orientierung nur wenig gestört erschien. Das Auftreten von Eigenbeziehungen und Ansätzen zur Systematisierung war daher auch in diesem Stadium erleichtert. Das Delirium schließt kritisch mit einem langen Schlaf ab. Pat. zeigt dann ein kritiklos-euphorisches, humoristisches Wesen. Bei sonst rasch entwickelter Einsicht werden die systematisierten Erlebnisse festgehalten. Es fehlt an einer entsprechenden Affektreaktion und allen Konsequenzen. Erst nach ca. 1 Woche werden mit dem Aufleben der körperlichen und geistigen Regsamkeit allmählich auch diese residuären Wahnideen korrigiert. Nur die Mißdeutung der Behandlung bleibt wohl entsprechend der besonders bei Ungebildeten festsitzenden Meinung von Mißhandlung aufgeregter Geisteskranker dauernd bestehen.

8. P. F., Tischler, 35 Jahre; 22. September bis 7. Oktober 1909.

Von Belastung ist nichts zu erfahren. Ziemlich geordneter Lebensgang, leidliches Familienleben, seit vielen Jahren starkes Potatorium.

einmal wegen Unfugs (?), einmal wegen Beihilfe zum Betrug bestraft. Seit einiger Zeit abgemagert, viel Magenbeschwerden.

Am 20. September setzte, nachdem Pat. schon einige Tage schwach und unruhig gewesen war, die Krankheit mit Angstgefühl, Kopfschmerzen, Stichen in der Herzgegend, Zittern und Schweiß ein. Nachts ängstliches Delir. Schutzleute schossen auf ihn, die Feuerwehr fuhr vor und bespritzte das Haus, massenhafte Tiervisionen stellten sich ein. Am nächsten Tage neben der optischen auch reichlich akustische Halluzinationen, Musik, Schimpfreden, glaubte den im Hause wohnenden Kommissarius beleidigt zu haben und wollte Abbitte leisten.

In der Nacht zum 22. September typisches Beschäftigungsdelir.

Bei der Aufnahme ruhig und geordnet, örtlich orientiert, zeitlich ungenau, leicht euphorisch; mangelhafte Einsicht für die deliranten Erlebnisse; etwas herabgesetzte Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit. Körperlich mäßig genährt, blaß, starker Tremor, kein Schweiß. Arterien rigid, zweiter Aortenton akzentuiert. Lebergegend druckempfindlich. Leichte Neuritis. Nachmittags wieder typisch delirant.

23. September. Teils delirant, teils leichtes Schlummern. Ein Verhalten, das auch noch den Tag über anhält.

24. September. Ziemlich apathisch, ruhig, örtlich orientiert, nichts aktiv Delirantes. Zu Haus habe er allerlei Geister gesehen, glaubte, in der Hölle zu sein. Überall saßen und wirtschafteten sie herum, zogen die Frau als Braut an, letztere und er selbst sollten begraben werden. Schließlich habe die Polizei diese Geister, die in Wirklichkeit vermummte Personen gewesen seien, verhaftet. Das habe einen großen Spektakel gegeben, die Feuerwehr sei vorgefahren und es sei ein enormer Menschenauflauf entstanden. Das alles müsse doch in der Zeitung gestanden haben. Auf den Einwand, das sei ein Delirium gewesen, entrüstet er sich: es müsse doch alles richtig sein, sonst wäre die Polizei nicht dazu gekommen.

Übrigens sollen die Betreffenden das schon lange so machen, ein Schutzmann hatte gesagt: „Die suchen wir schon lange".

Auch als Maultiere seien sie verkleidet gewesen, um ihm Schrecken einzujagen, dadurch sei er krank geworden. Er hätte dann auch allerlei Sinnestäuschungen gehabt, wisse aber nicht mehr genau, was es war. Merkfähigkeit mäßig. Leichte neuritische Erscheinungen. Ab und zu eine Sinnestäuschung mit sofortiger Einsicht.

25. September. Bleibt orientiert und geordnet. Äußerlich ziemlich attent, euphorisch, ohne Krankheitgefühl. Hält an der Realität des ganzen deliranten Erlebnisses fest. Ist durch Einwände nicht zu erschüttern, die Sache würde vor Gericht zum Austrag kommen, er würde seine Aussagen schon machen. Bequemt sich schließlich zu dem Zugeständnis, die Frau, die doch dabei gewesen sei, darüber zu fragen.

26. September. Immer etwas euphorisch, unterhält sich mit seinen Nachbarn, sei gesund, möchte entlassen sein, da er für die Familie sorgen

müsse. Bezüglich der Krankheiteinsicht keine Änderung. Erst nachmittags hat die Besprechung mit der Frau zum Resultat, daß er das Wahnhafte korrigiert. Bald darauf wird er aber wieder schwankend. Rettet sich bei der Unterhaltung aus der Situation, indem er unwirsch wird. Er wolle mit der Sache nichts mehr zu tun haben, er würde sich hüten, etwas zu unternehmen, wenn die Polizei nicht von selbst käme.

5. Oktober. Erst jetzt gute Einsicht für alles. Äußert aber, wenn ihn die Frau nicht belehrt hätte, würde er noch daran glauben; habe sich übrigens vollständig darüber hinweggesetzt, denke gar nicht mehr an diese Dinge. Hat sich leidlich erholt. Stimmung gleichmäßig. Ganz umgängliches Wesen. Intellektuell ganz gut. Initiative nicht nachweisbar vermindert.

Für den Alkoholismus hat er nur oberflächliche Einsicht.

Auch dieses Delirium, ausgezeichnet durch reichliche Gehörstäuschungen, hat keine ganz kritische Lösung. Nach Herstellung der Orientierung und Besonnenheit ist Pat. noch recht apathisch. Er hält an dem Gros der deliranten Erlebnisse und den dazu gehörigen Erklärungsideen fest. Die geisterhaften Gestalten seien vermummte Menschen gewesen, eine Einbrecherbande, die dann von Polizei und Feuerwehr festgenommen worden sei. Andere, mehr disparate Sinnestäuschungen korrigiert er, führt sie auf den Schreck über das genannte aufregende Erlebnis zurück. Auch dieser Patient ist körperlich seit längerer Zeit heruntergekommen und hat trotz seiner 35 Jahre eine bereits erhebliche Arteriosklerose. Aus dem kurzen stuporösen Stadium nach Ablauf der deliranten Erscheinungen entwickelt sich eine leichte euphorische Erregung mit Gesundheitsgefühl, äußerlich attentem Verhalten. In diesem Zustand macht die Korrektur keine Fortschritte, er hält an der Gesamtheit seiner systematisierten Erklärungsideen fest.

Erst nach einigen Tagen berichtigt er alles, unterstützt durch die Aufklärungen der ihn besuchenden Ehefrau. Nach Wegfall dieses suggestiven Einflusses wird er aber neuerdings wieder schwankend, bis mit Eintritt eines gleichmäßigen adäquaten Wesens auch die Einsicht allmählich eine komplete und dauernde wird.

Intelligenz und Initative erscheinen bei der Entlassung nicht gestört.

9. B. L., Maurer, 39 Jahre; 8. bis 18. September 1909

Nach Angabe der Ehefrau ist L. am 4. September beim Bauen ein Stockwerk tief heruntergefallen, über die unmittelbaren Folgen ist nichts



bekannt. Er klagte über die linke Seite und über den Kopf. Nachts nicht geschlafen, viel Schmerzen.

Am 7. September mittags begann er verworrene Reden zu führen, sah Gestalten, Tiere, lief unruhig umher, sah durch das Fenster ganze „Schauspiele", war zeitweis etwas ängstlich, zog Fäden aus der Luft, war aber örtlich noch orientiert und erkannte die Personen seiner Umgebung. In der Nacht sehr lebhaft. Glaubte, daß Löcher in der Wand seien, durch welche Männer eindringen, nagelte überall Leisten vor und stellte die Möbel davor; schwitzte und zitterte viel. Vorübergehend hatte er einen krampfartigen Zustand.

Pat. ist sehr starker Trinker, hatte zuweilen Räusche erregter Natur, besonders in den letzten Jahren. Von Belastung ist nichts zu erfahren.

Bei der Aufnahme orientiert, von guter Auffassung und Aufmerksamkeit, etwas hastig in den Bewegungen. Leicht euphorisch, ohne Krankheiteinsicht. Er erzählt, daß neben seiner Wohnung allerlei Gesindel wohne, das ein Loch durch die Wand gebohrt habe und in Verkleidung in seine Wohnung gekommen sei. Die Kerls hätten nur halbe Größe gehabt und Tierköpfe. Schließlich seien sie durch das Fenster entflogen. Angst gehabt zu haben, stellt er in Abrede. Das Phantastische seiner Erzählung kommt ihm auch bei besonderem Vorhalten nicht recht zum Bewußtsein. Es solle doch auch Wesen geben, die halb Fisch, halb Mensch seien. — Zu weiterer Systematisierung ist es nicht gekommen.

L. ist nicht suggestibel auf optischem und taktilem Gebiet, bleibt ruhig im Bett und gewährt keine Anhaltpunkte für das Bestehen von Sinnestäuschungen. Das Aussehen ist blaß, der Puls frequent, weich, es besteht leichter Schweißausbruch, die Zunge ist stark belegt. Leichter Grad von Arteriosklerose. Als Folgen der früheren Verletzung wurden Frakturen mehrerer Rippen und ein Bluterguß in der linken Pleura festgestellt. Die Sprache ist seit Kindheit stotternd.

9. September. Nachts vereinzelte Sinnestäuschungen, schlief nicht, blieb aber ruhig im Bett. Heute wieder klar, behauptet aber, in der Nacht geschlafen zu haben, negiert Sinnestäuschungen. Zeigt eine euphorische Stimmung, hält sich für ganz gesund, doch ist die Euphorie mit einer gewissen Verlegenheit gemischt. Örtlich und zeitlich orientiert, weiß über Zeit und Begebenheiten der Aufnahme Bescheid. Schweiß und Tremor sind geschwunden. Der Puls ist aber noch weich und frequent. Körperlich sehr matt, leicht erschöpft..

10. September. Gut geschlafen, geordnet, ruhig, orientiert, hält an den systematisierten, deliranten Erlebnissen durchaus fest. Von den Tiervisionen will er nichts wissen. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit gut. Hält sich für gesund und wieder arbeitfähig. Spricht spontan von seinem Wahnrest nicht, will auch nichts gegen das vermeintliche Gesindel unternehmen. Möchte aber möglichst bald entlassen sein.



11. September. Dauernd geordnet, korrigiert einzelnes aus seinem Delirium. Bestreitet aber, daß es ein solches gewesen sei, er müsse von dem Falle gelitten haben. Über die Löcher in der Wand ist er im Zweifel, spricht nicht gern davon, kommt in Affekt, hat Tränen in den Augen.

Eine eingehende Kenntnisprüfung ergibt ein ganz gutes Resultat.

17. September. Hat sich ganz gut erholt, weicht bei der Erwähnung der deliranten Erlebnisse aus, volle Einsicht zweifelhaft. Im ganzen ziemlich euphorisch und bezüglich des Alkoholismus ohne rechte Einsicht.

7. März 1910. Stellt sich auf Wunsch in der Poliklinik vor, berichtet, daß er zu Hause alles nachgesehen und sich davon überzeugt habe, daß er sich bezüglich der Löcher in der Wand getäuscht habe. Will mit einer Unterbrechung von 14 Tagen immer gearbeitet haben. Er trinkt offenbar wieder stark, hat aber eine sehr euphorische Beurteilung seines Alkoholismus. Schiebt das früher durchgemachte Delirium auf eine zu starke Dosis Medizin.

L. hat sich ähnlich wie F. für seine deliranten Erlebnisse die Erklärung gebildet, daß es sich um eine vermummte Einbrecherbande handele, die bei ihm durch ein in die Wand gebohrtes Loch eingedrungen sei.

Die Beendigung des Delirs erfolgte wieder in Form einer Lysis. Nach Ablauf der akuten Symptome findet sich ein Mißverhältnis zwischen dem u. a. auch durch den vorangegangenen Blutverlust reduzierten Körperzustand und der Euphorie der Stimmung mit vollkommenem Gesundheitsgefühl.

Die systematisierten Ideen werden nicht korrigiert.

Selbst, nachdem L. sich körperlich erholt hat, bessert sich sein psychischer Zustand nicht so weit, daß er aus eigener Kraft zu einer vollkommenen Korrektur gelangen konnte. Dies geschieht erst, indem er sich in seiner Wohnung durch eine Lokalinspektion überzeugt, daß er sich getäuscht haben müsse.

Bei seiner späteren Vorstellung steht er bereits wieder stark unter Alkohol, so daß sich nicht entscheiden läßt, ob es sich nicht um eine dauernde Einbuße an Urteilskraft handelte. Gedächtnis, Merkfähigkeit und Kenntnisse sind nicht nachweisbar herabgesetzt.

Die Ursachen der raschen, fast plötzlichen Krankheiteinsicht in Fällen unkomplicierter, kritisch endender Delirien sind keineswegs vollkommen klar, es sind aber wohl zwei Momente besonders geeignet, diesen Vorgang zu begünstigen, nämlich:

1) der den Patienten sich unmittelbar aufdrängende Gegensatz zweier ganz verschiedener Bewußtseinzustände, der die Erkennung

des vorangegangenen deliranten Zustandes als eines krankhaften ohne weiteres ermöglicht und somit die Korrektur seines Inhalts in toto erleichtert; 2) der absurde, z. T. traumhafte, dem normalen Bewußtsein nicht assimilierbare Charakter der wahnhaften Erlebnisse.

Gleichwohl geht die Korrektur nicht, wie gewöhnlich beim Traum, ohne ein räsonnierendes Moment vor sich[1]). Man kann von dem Mechanismus derselben auf empirischem Wege einige Kenntnis gewinnen durch Exploration intelligenter Kranker. Ganz interessant waren uns in dieser Hinsicht die Angaben eines psychiatrisch etwas vorgebildeten Arztes, der in der Klinik ein typisches Alkoholdelir durchgemacht hatte und sich über die für uns in Betracht kommenden Punkte folgendermaßen äußerte: .... er müsse recht benommen gewesen sein, weil er ein so unklares Bild der Umgebung und der wirklichen Geschehnisse habe, während die Sinnestäuschungen den gleichen Realitätswert wie wirkliche Wahrnehmungen gehabt hätten. Die Kritik habe vollständig gefehlt, so daß er sich über nichts habe wundern müssen. Der ganze Zustand hebe sich in der Erinnerung deutlich von der Wirklichkeit ab, die deliranten Begebnisse verschwimmen zu Träumen, ihre Farben verblassen allmählich wie im Nebel. Es sei nicht allein die Erwägung der Unmöglichkeit, welche sie von der Erinnerung wirklicher Erlebnisse unterscheide. Trotzdem sei die Korrektur nur allmählich vor sich gegangen. Eine Zeitlang hätten Einsicht und Realitätsglaube gewissermaßen gegeneinander gekämpft. Zunächst seien noch die Erinnerungsbilder und ihre Affektbegleitung so lebhaft gewesen, daß die Kritik schwer dagegen aufkam........

Aus der Umkehr der oben genannten, die rasche Entwicklung der Einsicht begünstigenden Momente kann man nun theoretisch Bedingungen für die Erschwerung der Einsicht bzw. das Persistieren von Wahnideen herleiten. Der Gegensatz des unmittelbaren Nebeneinanderstehens zweier ganz verschiedener Bewußtseinzustände kann fehlen und tut es dann, wenn das Delirium einen lytischen Ausgang bzw. einen protrahierten Verlauf nimmt, oder wenn die Bewußtseinstrübung innerhalb des Deliriums eine abnorm geringe ist. Ferner braucht das Kriterium des Absurden nicht bei allen deliranten Erlebnissen vorhanden zu sein, und selbst wo es vorhanden ist, kann das Phantastische durch Ausbildung von Erklärungsideen dem Be-

[1]) A. Pick, Arch. XIII.

wußtsein einigermaßen näher gerückt werden. Am ausgeprägtesten sind diese Bedingungen bei den „systematisierenden Delirien“ (*Jolly*) erfüllt. Wir hören aber weiter von den Kranken, daß eine geistige Anstrengung erforderlich ist, um zu einer Scheidung des Wahnhaften vom Wirklichen zu gelangen, daß die Lebhaftigkeit und der Realitätswert der Erinnerungen einen Kampf gegen die kritische Überlegung führt. Man wird also erwarten können, daß Verzögerung der Einsicht dort eintritt, wo das Individuum die erforderliche Anstrengung nicht leisten kann oder nicht die Initiative zu kritischer Gedankentätigkeit besitzt.

Es fragt sich nun, ob das Zutreffen dieser schon durch theoretische Erwägungen zu gewinnenden Bedingungen für die Erschwerung der Krankheitseinsicht sich auch aus den oben mitgeteilten Krankengeschichten nachweisen läßt.

Eine Übersicht über die letzteren ergibt, daß es sich in der Tat fast durchweg um nicht ganz typische Delirien handelt. Alle, mit Ausnahme des Falles H., endeten nicht mit einem kritischen Schlaf, sondern die Pat. schliefen nur stundenweise, zeigten dann wieder leichte delirante Erscheinungen, so daß erst allmählich ein Zustand von Ruhe und Klarheit erreicht wurde. Man kann also in allen diesen Fällen von einem leicht protrahierten Verlauf oder einem lytischen Abschluß des Delirs sprechen.

Ferner ist in mindestens ²/₃ der mitgeteilten Fälle bemerkenswert, daß die Gehörstäuschungen eine bedeutendere Rolle darin spielen, als in den gewöhnlichen Delirien sich nachweisen läßt. Sie nähern sich in dieser Beziehung etwas der *Wernicke*schen Halluzinose, ohne aber ihren Charakter als Delirien zu verlieren, mit Ausnahme der Fälle Qu. und E. B., welche ausgesprochene Mischformen von Delirium und Halluzinose darstellen.

Weiter sind sämtliche Beobachtungen, mit Ausnahme vielleicht des A. K., dadurch ausgezeichnet, daß in ihnen die Neigung zum Systematisieren und zur Ausbildung von Erklärungsideen hervortritt[1]). Es läßt dies zugleich auf eine relativ gut erhaltene Besonnen-

[1]) Von der Neigung zum Systematisieren ist übrigens die nachträgliche Verbindung der deliranten Erlebnisse zu einer kontinuierlichen Geschichte, die sich oft in den Krankheitsberichten der Deliranten findet, zu unterscheiden. Es handelt sich dabei nur um eine lose Aneinander-



heit während des Delirs schließen, denn Erklärungsideen finden sich, wie *Liepmann* ausführt, bei denjenigen Kranken, die einerseits Urteil genug haben, um das Absurde ihrer Wahrnehmungen zu erkennen, andererseits aber doch gegen die Realität derselben nicht aufkommen können. Auch der Umstand, daß in fast allen Fällen der größte Teil des Delirs sich zu Hause abspielte, daß also die Überführung ins Krankenhaus wenig dringend erschien, läßt darauf schließen, daß sich die Kranken im allgemeinen besonnener gezeigt haben müssen, als es Deliranten gewöhnlich tun.

Was nun den Zustand unserer Kranken nach dem Delir anlangt, so finden sich auch in diesem erschwerende Momente für das Zustandekommen der Krankheiteinsicht.

Ganz gewöhnlich sieht man die Deliranten nach Ablauf der akuten Symptome in einem etwas erschöpften, initiativelosen und denkträgen Zustand, in welchem sich auch, wie *Bonhoeffer* nachgewiesen hat, eine generelle Erschwerung combinatorischer Leistungen nachweisen läßt. Im allgemeinen erreichen aber diese Störungen keinen sehr hohen Grad und gleichen sich ziemlich rasch aus, um einem attenteren Verhalten Platz zu machen.

Es scheint nun, daß dieser postdeliriöse Stupor in mindestens einem Teil unserer Fälle einen etwas höheren Grad erreicht und sich auch langsamer zurückbildet. Daß die körperliche Erholung und Hand in Hand damit die geistige Frische sich hier verspätet einstellt, hängt wohl mit dem mitunter schon längere Zeit vor Ausbruch des Delirs sich bemerkbar machenden körperlichen Rückgang zusammen. Die Kranken sind stumpf, indolent, apathisch, zeigen nur geringe Neigung zu geistiger Anstrengung und sind z. T. obendrein durch körperliche Beschwerden in Anspruch genommen. Ein derartiger Zustand ermöglicht es wohl noch, den phantastisch absurden Inhalt eines Delirs zu erkennen, die geistige Regsamkeit und Energie reicht aber nicht zur Korrektur von solchen Wahnresten aus, die nach ihrer Beschaffenheit eine räsonnierende Gedankentätigkeit erfordern. Spontan sprechen sie nicht von den betreffenden Erlebnissen, fragt man sie danach, so behaupten sie meist, gar nicht mehr daran zu denken. Es hat den Anschein, als ob ein Gefühl von Unsicherheit und kritischer

reihung z. T. wohl in Wirklichkeit nicht immer aufeinanderfolgender Erlebnisse ohne übergeordnete Gesichtspunkte.

Insuffizienz die Kranken davon abhält, sich mit den residuären Komplexen zu beschäftigen.

Einerseits das Darniederliegen produktiver Gedankentätigkeit, andererseits die erwähnte Unsicherheit, die oft — wie auch im akuten Stadium des Delirs — mit der nach außen hin dokumentierten Überzeugtheit kontrastiert, bringen es auch mit sich, daß die Kranken keine Neigung zeigen, weitere Erklärungsideen an ihre Wahnreste anzuknüpfen oder die Konsequenzen aus den Pseudoereignissen, die für sie von einschneidender Bedeutung sein müßten, zu ziehen, kaum daß es manchmal zu Andeutungen einer Affektreaktion kommt. A. K. bleibt trotz der wahnhaften Vorstellung, daß er aus dem Dienst entlassen sei, ganz gleichgültig. E. B. zeigt wohl in der Erinnerung an das gegen Frau und Tochter verübte Sittlichkeitsverbrechen etwas Affekt, doch ist derselbe in der Intensität keineswegs adäquat.

Aus diesem Verhalten den Wahnresten gegenüber kann man m. E. auf ein Darniederliegen kombinatorisch-kritischer Denkfähigkeit auch in Fällen schließen, bei denen das äußere Verhalten keinen direkten Aufschluß darüber zu geben scheint. Es ist bekanntlich eine Besonderheit mancher temporärer oder dauernder Defektzustände, daß sie sich hinter einer äußerlich attenten Form der Kranken verbergen. Das trifft z. B. für die Presbyophrenie, das *Korsakow*sche Zustandbild und bis zu einem gewissen Grade auch für das Delirium und den ihm unmittelbar folgenden Geisteszustand zu.

Diese Attentheit ist eine mehr gewohnheitmäßige oder manchmal sogar eine Art Kunstprodukt, insofern sie nur bei der Exploration vorliegt und einer dunkel empfundenen Insuffizienz ihre Entstehung verdankt. Sie bildet ebensowenig einen Maßstab für die wirkliche Wiederkehr der geistigen Kräfte, wie das euphorische, zuweilen mit Zügen von Selbstüberschätzung verbundenen Wesen mancher Kranken derselben Gruppe. Daß der Prozeß noch nicht abgeschlossen ist, ergibt sich daraus, daß sie oft, wenn man sie ganz sich selbst überläßt, sehr bald wieder in ein stumpfes, affektloses, uninteressiertes Wesen zu verfallen pflegen.

Betrachten wir unsere Kranken unter diesem Gesichtspunkt, so können wir — abgesehen von der erwähnten Gruppe der leicht Stuporösen — auch bei denjenigen Kranken ein Darniederliegen der geistigen Initiative, wenn man so sagen darf, voraussetzen, die eine mit ihrem



sonstigen Zustand kontrastierende scheinbare Attentheit oder Euphorie zur Schau tragen. Das trifft besonders für J. H., P. F., B. L. zu, findet sich aber auch bei E. B. und A. Qu. wenigstens zeitweise angedeutet.

Derartige temporäre Schwächezustände sind übrigens nicht eine Besonderheit mancher Alkoholdelirien, sondern man findet sie auch im Anschluß an Geistesstörungen infektiöser Ätiologie, und es kann auch auf dieser Grundlage zum Persistieren von Wahnideen kommen[1]).

Wenn hier von psychischen Schwächezuständen die Rede ist, so soll damit keineswegs ein Intelligenzdefekt in der gewöhnlichen Bedeutung des Wortes gemeint sein, auch nicht der eigentliche alkoholistische Defektzustand mit den im Vordergrunde stehenden Gedächtnis- und Merkstörungen. Analog wie bei Hebephrenen nicht die Kenntnisse verloren gegangen sind, sondern nur die Fähigkeit zum verständnisvollen Gebrauch derselben, so ist bei den temporären Schwächezuständen unserer Kranken nicht das Urteil als solches defekt, sondern die Fähigkeit und Initiative, es gegen die mit großem Realitätswert verbundenen Pseudoerlebnisse erfolgreich in Aktion zu setzen.

Beweisend in dieser Richtung scheinen mir die Fälle zu sein, bei denen die bereits gewonnene Krankheiteinsicht wieder schwankend wird oder verloren geht. Ein instruktives Beispiel dieser Art ist das folgende:

Ein 39 jähriger intelligenter und in seiner Arbeit tüchtiger Zeitungsexpedient hatte im Delirium eine Revision seitens seiner Vorgesetzten durchzumachen, in deren Verlauf allerlei Zweifel an seiner Ehrlichkeit entstanden. Es wurde ihm gekündigt, und er sollte dem Staatsanwalt übergeben werden. Nebenher spielten zahlreiche phantastische Erlebnisse. Pat. beruhigt sich noch vor Eintritt des kritischen Schlafes, korrigiert das Phantastische alsbald, bleibt aber dabei, daß eine Untersuchung wegen Untreue gegen ihn schwebe. Nach 16 stündigem Schlaf gewinnt er volle Einsicht: Er habe sich einen Überblick über die Lage gemacht und glaube jetzt an die Anklagegeschichte nicht mehr. Es liege in dem schrecklichen Zustand, daß man sich von dem Glauben an die Dinge so schwer losmachen könne. Er sähe sie vor Augen, als seien sie Wirklichkeit, und doch seien sie bei näherer Überlegung unmöglich. Pat., der anfänglich lebhaft und attent ist, eine adäquate Affektlage zeigt, sich klar und

[1]) Vgl. *Bonhoeffer*, Die symptomatischen Psychosen etc. Leipzig und Wien 1910.



verständig über seinen deliranten Zustand äußert, ermüdet im Laufe der Auseinandersetzung, und in dem nun folgenden Zustand der Erschöpfung wird er in seiner Einsicht wieder schwankend und erwägt wieder, ob nicht doch die Anklagegeschichte auf Tatsachen beruhte.

Auch der Kranke E. B. unserer Beobachtungsreihe hat die einmal gewonnene Krankheitseinsicht wieder — sogar für längere Zeit — eingebüßt. Es kann, da neue wahnbildende Prozesse nicht in Betracht kommen, wohl keinem Zweifel unterliegen, daß Schwankungen in der Initiative zu kritischer Stellungnahme gegenüber den sich im Anfang noch lebhaft aufdrängenden Erinnerungsbildern daran schuld sind. Daß Intelligenzdefekte im üblichen Sinne nicht für das Persistieren von Wahnideen verantwortlich zu machen sind, dafür spricht auch der Umstand, daß auch recht defekte Individuen rasch und vollständig korrigieren können.

Aus dem bisher Ausgeführten ergibt sich, daß in der Tat die Deliranten in unseren Fällen sich in einer viel ungünstigeren Lage für die Gewinnung einer vollständigen Krankheiteinsicht befinden, als das Gros der typischen Fälle.

Um es noch einmal kurz zusammenzufassen, so sind hierfür folgende Momente verantwortlich:

1) die anscheinend geringere Bewußtseinstrübung,
2) das Auftreten von systematisierenden Ideen,
3) der lytische Ausgang des Delirs,
4) die mangelnde Initiative und Energie zu kritischer Gedankentätigkeit als Teilerscheinung eines stuporösen oder euphorisch gefärbten Schwächezustandes.

In je stärkerem Maße das eine dieser Momente wirksam ist, um so eher kommt, auch bei schwächerer Wirksamkeit der anderen, der Effekt des Residuärwahns zustande. Je mehr Wahrscheinlichkeit z. B. ein systematisiertes Erlebnis besitzt, je fixierter es durch die begleitende Affektbetonung ist, wie z. B. der Verfolgungswahn des Kranken Qu., ein um so geringerer Grad von psychischer Schwäche im Sinne obiger Ausführungen ist erforderlich, um die Korrektur zu verhindern. Und andererseits wird man sich denken können, daß selbst ganz isolierte abstruse Wahnreste bei starker Wirksamkeit des unter 4) aufgeführten Momentes wenigstens eine Zeitlang von der Korrektur werden ausgeschlossen bleiben können.



In den Fällen unserer Beobachtungsreihe finden sich allerdings keine Beispiele dafür, daß ganz isolierte absurde Wahnvorstellungen persistiert hätten, sondern es ist in ihnen das Phantastische durch Ausbildung von Erklärungsvorstellungen einigermaßen gemildert, wohl aber handelt es sich um Wahnreste des bezeichneten Inhalts in der Mehrzahl der von *Sander*, *Liepmann*, *Bonhoeffer*, *Heilbronner* mitgeteilten Beobachtungen. Die nur kurzen Mitteilungen lassen indessen sichere Schlüsse auf die Ursachen der Erscheinung nicht zu.

In einer zweiten Arbeit, die sich mit dem Gegenstand beschäftigt, bringt *Heilbronner*[1]) wieder einige Beobachtungen bei, in denen abenteuerliche Wahnreste ohne oder mit nur sehr dürftigen Erklärungsideen einige Zeit festgehalten wurden. Indessen sind diese Fälle für die hier interessierende Frage nur mit Vorbehalt zu verwerten, da es sich dabei meist nicht um Alkoholdelirien, sondern um delirante Zustände auf anderer Grundlage (fieberhafte Infektion, Lues, Epilepsie) handelt, bei denen nach Aufhören der deliranten Erscheinungen die Krankheitsursachen fortwirken, wodurch die Bedingungen für die Korrektur ungleich komplizierter werden. In dem ersten dieser *Heilbronner*schen Fälle, einem 55 jährigen Potator, welcher zu Haus einen Erregungzustand durchgemacht hatte, nach dessen Abblassen ein phantastischer Wahnrest persistierte, liegt es nahe, an eine Komplikation mit Hirn-Arteriosklerose zu denken, bei der ebenfalls phantastische Wahnvorstellungen als Residuen deliranter Erregungen vorkommen können.

In unseren Fällen haben wir Arteriosklerose der peripheren Arterien auffallend oft festgestellt, da indessen vielleicht mit Ausnahme des A. K. sich Zeichen einer zentralen Arteriosklerose weder in noch außerhalb des Delirs feststellen ließen, so liegt keine Veranlassung vor, in ihnen die Arteriosklerose zur Erklärung des Residuärwahns heranzuziehen.

Neben den angeführten Momenten mögen gelegentlich noch andere für das Persistieren von Wahnideen in Betracht kommen. *Wernicke* hat die Vermutung geäußert, daß eine paranoische Veranlagung eine Rolle dabei spielen könnte.

Wenn auch dieser Auffassung im allgemeinen widersprochen werden muß[2]), so muß doch zugegeben werden, daß, wo eine paranoische Veranlagung vorliegt, sie zum Persistieren bestimmter, den Gedankenverbindungen des „normalen“ Individuums entsprechender

---

[1]) Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1907.

[2]) *Heilbronner* a. a. O.



Ideen führen könnte. Es berührt sich das mit der von *Bonhoeffer* [2]) geäußerten Ansicht, daß die Übereinstimmung der Wahnideen mit den Gedankengängen des gesunden Individuums eine Erschwerung der nachträglichen Korrektur bilden kann. Ein Beispiel dafür wäre die Idee der im Delir erlittenen Mißhandlung, die J. H. nicht korrigiert, und vermutlich die des A. K., welche seine Dienstentlassung betrifft. Wenn uns auch einwandfreie Beobachtungen paranoischer Grundlage eines deliranten Residuärwahns nicht zur Verfügung stehen, so ist doch der Kranke H. K. nach dieser Richtung hin aus den gelegentlich der Erörterung der Krankengeschichte angeführten Gründen verdächtig, zumal sich andere Gründe für seine dauernde Einsichtlosigkeit nicht auffinden lassen.

Haben wir nunmehr an der Hand der Beobachtungen erörtert, welche psychischen Eigentümlichkeiten des Delirs und des postdelirösen Zustandes es gegebenen Falles sein können, welche das Auftreten eines Residuärwahns begünstigen, so begegnet die weitere Frage, worauf wiederum diese Eigentümlichkeiten beruhen, großen Schwierigkeiten.

Der Nachweis einer degenerativen Veranlagung, auf den für die Erklärung individueller Varianten im Verlauf von Psychosen Wert gelegt wird, kann angesichts des großen Prozentsatzes, den die Belasteten zum chronischen Alkoholismus im allgemeinen stellen, nicht recht befriedigen. Auch bei unseren Kranken findet sich eine schwerere Disposition wohl nicht häufiger als bei unkomplizierten Delirien, im ganzen in 4 Fällen, unter denen sich die beiden Mischformen von Delir und Halluzinose befinden.

Dagegen sehen wir in den mitgeteilten Beobachtungen gewisse erworbene Zustände auffallend oft wiederkehren, welche doch vielleicht eine gewisse Bedeutung für den atypischen Verlauf der Krankheit beanspruchen dürfen. Bei G. P., E. B., A. Qm., J. H., A. K., vielleicht auch bei P. F. finden wir in der Anamnese einen schon längere Zeit vor Ausbruch des Delirs sich bemerkbar machenden körperlichen Rückgang vermerkt, der z. Z. des letzteren bereits zu einer mehr oder minder ausgesprochene Kachexie geführt hatte. (Daß von einem geistigen Rückgang in der Anamnese selten die Rede ist,

[2]) *Bonhoeffer*, Zur klinischen Beurteilung gewisser paranoischer Zustände. Zentralblatt f. Nervenheilkunde 99.





kann nicht wundernehmen, wenn man berücksichtigt, wie selbst grobe Störungen dieser Art den Angehörigen oft entgehen.)

Nach Analogie anderer akuter Erkrankungen, welche bei kachektischen Individuen eine Änderung ihres Verlaufs erfahren, könnte man das auch vom Delirium tremens annehmen. Wir hätten diese Änderung vielleicht zu sehen in der torpideren Reaktion des Organismus, in dem weniger agitierten, dafür protrahierten Verlauf, einer geringeren Bewußtseinstörung, in Eigenschaften also, in denen sich gewisse Beziehungen zum chronischen Delir, das sich ebenfalls mit Vorliebe bei körperlich heruntergekommenen Individuen entwickelt, andeuten.

Die Prognose der Wahnresiduen aus dem Delirium tremens ist, wie wir gesehen haben, günstig. Nach einigen Tagen oder Wochen werden sie mit dem Erwachen der geistigen Regsamkeit teils aus eigener Kraft, teils mit Unterstützung der Angehörigen doch noch korrigiert. Selbst wo sie aber, wie bei A. K., dauernd bestehen bleiben, erlangen sie keine Bedeutung, weil sich eine progressive Wahnbildung nicht daran anschließt. Fälle, in denen eine solche zustande kommt, sind nach der übereinstimmenden Meinung aller Autoren bezüglich ihrer Auffassung als reiner Alkoholdelirien mit großer Skepsis zu betrachten.

---





# Ein Fall von Balkenmangel bei juveniler Paralyse[1]).

Von

Dr. **Otto L. Klieneberger.**

---

Auf der 91. Ostdeutschen Psychiaterversammlung [2]), der ersten, die in der neuen psych. und Nervenklinik tagte, hatte ich Gelegenheit, eine Reihe juveniler Paralytiker vorzustellen. Diese und 2 weitere Fälle habe ich in der „Allg. Zeitschrift für Psychiatrie" ausführlich mitgeteilt [3]). Fall 3 und 6 waren damals bereits zum Exitus gekommen. Die histologische Betrachtung des Gehirns und Rückenmarks hatte die klinische Diagnose bestätigt. Seitdem haben wir 2 weitere Todesfälle bei unseren juvenilen Paralytikern zu verzeichnen; es handelt sich um die Beobachtungen 1 und 5. Der letztere Kranke starb außerhalb unserer Klinik an einer interkurrenten Pneumonie, die Sektion wurde leider nicht ausgeführt. Fall 1 wurde bis zum Exitus, der am 8. Juni 1909 eintrat, in unserer Klinik beobachtet.

Die Obduktion wurde bald nach dem Tode vorgenommen. Es ergab sich zunächst, daß auch die inneren Organe einschließlich Herz und Lungen einen ganz infantilen Typus aufwiesen. Nach Eröffnung der Schädelhöhle fand sich ein deutlicher Hydrocephalus externus, ein hochgradiger Hydrocephalus internus. Das Gehirngewicht betrug nach Ablassen der in den Ventrikeln enthaltenen Flüssigkeit, nachdem es zuvor 1150 g betragen hatte, nur 950 g. Dabei kollabierten die zuvor stark schwappenden Hirnhälften, vor allem das Parietal- und Temporalhirn. Es bestand eine diffuse Leptomeningitis. Das Gehirn war in toto atrophisch. Als wir von oben den Ventrikel eröffnen wollten und die Hemisphären auseinander-

---

1) Aus der psychiatr. und Nervenklinik der Universität Breslau, (Direktor Geheimrat Professor Dr. Bonhöffer). — Nach einem in der 95. Sitzung der Ostdeutschen Irrenärzte am 4. XII. 09 gehaltenen Vortrag.

2) Referat, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 65, S. 423.

3) „Über die juvenile Paralyse." Bd. 65, S. 936.





drängten, zeigte sich, daß der Balken fehlte; man sah direkt auf die beiden nur noch von der Tela chorioides bedeckten Thalami optici. Die beiden Hirnhälften waren untereinander nur durch die vordere, mittlere und hintere Kommissur verbunden, die in ihrem Größenverhältnis durchaus normal waren, sowie durch die in ihrem vordersten untersten Abschnitt miteinander verwachsenen Fornixschenkel, die dann aber rasch nach hinten seitwärts auseinander wichen, derart, daß auch eine Lyra Davidis nicht existierte. Die Konvexität ließ, abgesehen von einer allgemeinen, im Stirnhirn etwas stärkeren Verschmälerung der Windungen und gewissen, nicht wesentlichen Abweichungen im Furchenverlauf, nichts Abnormes erkennen. Die beiden Hirnhälften waren symmetrisch. Auf ihrer Innenfläche fiel, namentlich in den hinteren Abschnitten, eine ungewöhnlich deutliche radiäre Anordnung der Furchen und Windungen auf. Alle radiären Furchen waren länger als sonst, weil eine Balkenwindung, ein Gyrus fornicatus, fehlte. Fissura parieto-occipitalis und Fissura calcarina hatten nicht wie sonst ein gemeinsames Anfangstück, vielmehr liefen sie parallel nebeneinander her, um etwa in der Mitte ihres Verlaufs ähnlich wie beim normalen Gehirn nach der Konvexität zu divergieren. Ein Septum pellucidum war nicht vorhanden, an seiner Stelle fand sich dicke Hirnrinde von normalem Aussehen. Der Thalamus lag, wenn man die Hemisphären von der Innenseite betrachtete, frei da. Über seinen oberen freien Rand sah man den Fornix nach hinten und etwas nach außen ziehen. Nach Emporheben der Randwindungen der Hemisphären konnte man feststellen, daß der Fornix sich an eine Markfaserplatte anlehnte, die Ähnlichkeit mit dem normalen Balken hat, die aber in der Tiefe liegt und nicht wie der normale Balken durchgebrochen ist. Es handelt sich dabei um das bei den Fällen von Balkenmangel eine wichtige Rolle spielende sogenannte Fronto-okzipitalbündel, das nach den Untersuchungen von Sachs[1]), Schröder[2]) und anderen als ein allerdings abnormes Analogon des Balkens zu deuten ist, und das sich nach hinten und unten in das Tapetum des Hinter- bzw. Unterhirns fortsetzt.

Die bisher in der Literatur mitgeteilten Fälle von Balkenmangel hat *Vogt* vor einigen Jahren zusammengestellt und kritisch gesichtet. Er unterscheidet Fälle mit totalem und Fälle mit partiellem Balkenmangel. Die ersteren, d. h. die Fälle mit totalem Balkenmangel, trennt er wieder in solche, bei denen sich außer dem Balkenmangel hochgradige anderweitige Aufbaustörungen zeigen, und solche, bei denen nur der Balken fehlt und alle sonstigen Abweichungen lediglich

[1]) Zitiert bei Schroeder.

[2]) „Das fronto-okzipitale Assoziationsbündel." Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie, Bd. IX, und „Zur Tapetumfrage", ebendaselbst.





sekundäre Folgen sind, Folgen davon, daß die Balkenplatte nicht durchgebrochen ist und sich mit der anderen Seite nicht vereinigt hat. Zu dieser Gruppe gehört unser Fall. Die eingehende anatomische Beschreibung des Gehirns wird von anderer Seite erfolgen. Ich will hier nur bemerken, daß die histologische Untersuchung das Vorhandensein aller für Paralyse charakteristischen Veränderungen erwiesen hat (fibröse Verdickung und Infiltration der gesamten Pia des Gehirns und Rückenmarks mit Plasmazellen, Lymphozyten und zahlreichen mit Abbauprodukten gefüllten Zellelementen. Starke Lichtung der Pyramiden-Seiten- und Vorderstränge, geringere strangförmige Degenerationen in den Hintersträngen des Rückenmarks. Komplete Degeneration beider Nervi optici. Hochgradige Atrophie der Rinde mit Verwischung des Schichtenbaus, Wucherung der Glia, Stäbchenzellen und perivaskulären Infiltraten von Plasmazellen, Lymphozyten und Abbauzellen). Es bleibe auch dahingestellt, ob die beträchtliche allgemeine Atrophie des Gehirns, der außergewöhnlich hochgradige Hydrocephalus internus eine Folgeerscheinung der Paralyse oder des Balkenmangels darstellt oder, wie es wahrscheinlich ist, auf die Kombination der Paralyse und des Balkenmangels zurückzuführen ist.

Ich möchte mich vielmehr der klinischen Betrachtung zuwenden, und da scheint es mir besonders interessant, der Frage nachzugehen, ob diese anatomisch gefundene Entwicklungshemmung des Gehirns, als die der Balkenmangel aufzufassen ist, nicht auch während des Lebens des Kranken Ausfallerscheinungen bedingt hat.

Der Kranke ist am 30. Dezember 1890 geboren. Er war seit Geburt körperlich schwächlich, soll ungewöhnlich viel geschrien haben, machte viel Wesen von sich und war schwer zu erziehen. Er konnte indessen schon ziemlich zeitig, mit $^5/_4$ Jahren, sprechen und laufen und hat sich seitdem auch sauber gehalten. Er soll immer sehr empfindsam, reizbar, eigensinnig und unverträglich gewesen sein. Aus geringsten Anlässen konnte er wütend werden, dann zerstörte er, was er in die Hände bekam, lief fort, warf sich auf die Erde, schrie und schlug um sich. Er hat wenig gespielt, benahm sich immer ungeniert, hatte zu nichts Geduld und war sehr widerspenstig. Trotz dieser Veranlagung konnte er mit 6 Jahren in die Schule aufgenommen werden und hat die Schule regelmäßig bis zu seinem 14. Lebensjahre besuchen können. Er war 3½ Jahre in einer kath. Realschule, April 1897 bis Oktober 1900, die beiden nächsten Jahre in einer katholischen und die folgenden 2½ Jahre in einer evangelischen Volkschule, aus der er am 30. März 1905 entlassen wurde. Obwohl er



schwer auffaßte und schlecht lernte, brachte er es im Laufe der 8 Jahre bis zur II. Klasse, hat also innerhalb 8 Jahren 5 Klassen der normalen Schule absolviert. Das Abgangzeugnis der II. Klasse, in der er das letzte Schuljahr verbrachte, ist zwar im ganzen nur „wenig genügend". Es ist nach Ansicht der jetzt dort tätigen Lehrer wahrscheinlich, daß er nur aus Rücksicht auf sein Alter in die II. Klasse versetzt worden ist, nachdem er zuvor 2 Jahre in der III. Klasse zugebracht hatte. Auch seine früheren Zeugnisse waren schlecht. Die Noten schwankten in der Regel zwischen 3 und 4; er ist wiederholt sitzen geblieben; bei den Versetzungen ist er meist als einer der letzten mitgekommen. Die Frage der Versetzung in die Hilfschule ist indessen niemals in Erwägung gezogen worden.

Sein eigenartiges Wesen führte auch innerhalb der Schulzeit häufig zu Unzuträglichkeiten, so daß er wiederholt die Schule wechseln mußte. Er lebte mit seinen Mitschülern in ständigem Streit. Er wurde oft tätlich gegen sie, schlug und trat nach ihnen und führte dann noch Beschwerden über sie und brachte alle möglichen grundlosen Beschuldigungen gegen sie vor. Er schrie auch in der Schule gelegentlich aus geringsten Anlässen gellend auf, warf sich auf die Erde und schlug mit Händen und Füßen um sich. Er war überhaupt sehr widersätzlich und mußte nach Angaben seiner Lehrer, von denen ich mir die frühere, von der Mutter erhobene Anamnese bestätigen und ergänzen ließ, mit besonderer Vorsicht behandelt werden. 12 Jahre alt, kam er ins Waisenhaus, da die Mutter zu Hause nicht mehr mit ihm fertig werden konnte. Auch hier führte er sich so schlecht, daß er schließlich „als ungeeignet entlassen" werden mußte.

Am 8. Mai 1905, also bald nach der Entlassung aus der Schule, veranlaßte der Hausarzt „wegen Tobsuchtanfällen" die Aufnahme des Knaben in die hiesige städtische Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke[1]). Es fand sich damals außer dem kindlichen Habitus körperlich kein pathologischer Befund. Die Pupillen reagierten, die Patellar- und Achillessehnenreflexe waren vorhanden. Der Kranke war zeitlich und örtlich orientiert und benahm sich „bis auf zeitweiliges Weinen und das seinen Jahren doch nicht mehr entsprechende infantile Wesen, geordnet". Die Kenntnisse waren gering, die Merkfähigkeit erhalten. Die Entlassung fand auf Antrag des Bruders schon am nächsten Tage statt. Die Diagnose wurde auf „Erregungzustand bei Schwachsinn leichten Grades" gestellt.

Der Kranke ist niemals, weder in der Kindheit, noch in der Schulzeit, bettlägerig krank gewesen, er hat nie an Krämpfen gelitten. In seinem 13. Lebensjahre blieb er in der körperlichen Entwicklung stehen, in seinem 16. Lebensjahr trat in seinen geistigen Fähigkeiten ein Rückschritt ein.

[1]) Für die gef. Überlassung der Krankengeschichte bin ich Herrn Primärarzt Dr. Hahn zu Dank verpflichtet.



Wir gehen wohl nicht fehl, hierin den Einfluß der beginnenden fortschreitenden Paralyse zu erblicken.

Bei der Aufnahme in die Klinik war der Kranke seit einigen Monaten erblindet. Er war erheblich im Wachstum zurückgeblieben und machte den Eindruck eines 10—12jährigen Knaben. Das Körpergewicht des 17jährigen betrug nur 28 Kilo. Das Ergebnis der psychischen und somatischen Untersuchung[1]) zwang uns zur Diagnose der progressiven Paralyse. Diese wurde durch die Vermehrung der Lymphozyten und des Eiweißgehaltes in der Spinalflüssigkeit sowie durch den positiven Ausfall der serologischen Untersuchung des Blutserums und der Spinalflüssigkeit gestützt. Das Krankheitbild und der weitere Verlauf zeigten keine Abweichung von der Norm. Während der Beobachtung in der Klinik ging der Kranke geistig und körperlich immer mehr zurück. Im März d. J. trat ein paralytischer Anfall auf, der etwa 2 Stunden dauerte. Nach Abklingen des Anfalls fiel auf, daß der Kranke die rechte Hand nicht bewegte. Die Lähmung ging zurück, doch wurde auch weiterhin von dem Kranken die linke Hand bevorzugt. In den letzten Wochen vor dem Exitus lag der Kranke völlig zusammengekrümmt im Bett, psychische Regungen waren überhaupt nicht mehr von ihm zu erhalten.

Nach der Anamnese kann kein Zweifel bestehen, daß wir es mit einem von Haus aus minderwertigen Knaben zu tun haben. Im Vordergrunde der Störungen scheint aber nicht die intellektuelle Schwäche gestanden zu haben, denn der Kranke hat es immerhin bis zur 2. Klasse der Volkschule gebracht; er ist bei einer allerdings nur 2tägigen Beobachtung im 15. Lebensjahr auch dem Psychiater weder durch geistige noch körperliche Störungen besonderer Art aufgefallen. Vielmehr sind es vor allem Störungen im Affekt- und Gemütsleben, die schon in früher Kindheit sich bemerkbar gemacht haben und den Kranken unverändert durch sein Leben begleiteten.

Wir werden leider nicht mit Sicherheit entscheiden können, worauf diese Störungen zurückzuführen sind. Denn einmal wissen wir, daß der Kranke mit einer schweren hereditären Lues behaftet ist. Sein Vater ist 1902 an Paralyse gestorben; seine Mutter leidet an Tabes dorsalis und ist hochgradig nervös. Der älteste Bruder des Kranken ist schwer degeneriert; er ist ungewöhnlich reizbar, neigt zu Wutausbrüchen und zeigt auch sonst epileptoide Züge. Die älteste Schwester ist geistig zum mindesten anormal. Dem Patienten unmittelbar voraus gingen 3 nicht lebensfähige Kinder und eine Tot-

[1]) Vgl. „Über die juvenile Paralyse“ l. c. Beobachtung I.

geburt. Luische Stigmata waren bei dem Kranken nicht vorhanden. Auch körperliche Degenerationzeichen fanden sich bei ihm außer Schwimmflossenbildung zwischen der 2. und 3. Zehe beider Füße nicht, wenn man nicht geneigt ist, die mangelnde Entwicklung des Körpers und der inneren Organe als solche aufzufassen. Es gilt ferner als bekannt, daß die juvenile Paralyse häufig minderwertige und intellektuell schwach veranlagte Individuen befällt, eine Tatsache, die wir freilich durch unsere sonstigen Beobachtungen nicht bestätigen konnten. Schließlich ist es natürlich auch möglich, daß der vorliegende Defekt lediglich der klinische Ausdruck des Balkenmangels ist.

Vergleichen wir hierüber die in der Literatur niedergelegten Angaben über Balkenmangel, so finden wir — ich zitiere nach *Arndt* [1]) und *Sklarek* [1]) — daß die Träger „balkenloser" Gehirne fast stets Idioten waren. Immerhin sind Fälle erwähnt, in denen eine Störung der Intelligenz zum mindesten nicht auffällig geworden ist. So fand sich Balkenmangel bei einem 58 jährigen, angeblich intelligenten Mann, bei einem 43 jährigen anscheinend geistig normalen Feldarbeiter und bei einem 40 jährigen Soldaten. *Arndt* und *Sklarek* bezeichnen zwar den Soldaten, da er melancholisch gewesen ist, als psychisch abnorm; ich glaube aber, die Tatsache, daß es sich um einen Soldaten handelt, berechtigt uns viel eher zu dem Schlusse, daß ein erheblicher Defektzustand nicht vorgelegen hat.

Die Funktion des Balkens ist uns noch unbekannt. Auch Tumoren des Balkens haben nach *Oppenheim* [2]) im ganzen wenig charakteristische Merkmale. *Liepmann* [3]) nimmt bekanntlich an, daß die linke Hemisphäre außer ihrer sonstigen Überlegenheit „auch für das Handeln, das heißt die Zweckbewegungen, die führende ist", „daß das rechtshirnige Armzentrum, also das der linken Hand, dauernd in einer gewissen Abhängigkeit vom linken bleibt, daß dieses durch Vermittlung der Balkenfasern Führerin des rechten ist". Diese Auffassung läßt sich natürlich mit den Fällen von Balkenmangel, zu denen der unsere gehört, in dem die Verbindung der beiden Hemi-

---

[1]) Über Balkenmangel im menschlichen Gehirn. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 37.

[2]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 5. Auflage.

[3]) Über die Funktion des Balkens beim Handeln und die Beziehungen von Aphasie und Apraxie zur Intelligenz. Med. Klinik 1907, Nr. 25 u. 26.



sphären vollständig fehlt, zunächst nicht recht in Einklang bringen. Denn trotz des Balkenmangels bewegte unser Kranker beide Hände gleich zweckmäßig; als nach dem paralytischen Anfall die Bewegungfähigkeit der rechten Hand schwer geschädigt war, wurde, trotzdem der Sitz des Herdes im linken Sensomotorium angenommen werden mußte, die linke Hand ohne erkennbare Störung gebraucht. Es wäre natürlich unrichtig, wollte man dem Balken auf Grund solcher Beobachtungen, wie sie unser Fall darstellt, eine Bedeutung absprechen. Wir müssen vielmehr annehmen, daß in den Fällen mit angeborenem Balkenmangel die Funktionen des Balkens irgendwie ersetzt werden, daß bei ihnen, wie *Liepmann* ausführt, „von vornherein, ebenso wie etwa bei taubstumm Geborenen, Übung und Erziehung eine ganz andere Hirndynamik begründen müssen, als beim Normalen". Aber es bleibt uns vorläufig dunkel und unverständlich, wie eine Koordination der Bewegungen beiderseitiger Extremitäten möglich ist, wenn die breite Verbindung der Hemisphären fehlt, da wir nicht annehmen können, daß die Kommissuren an sich imstande sind, den Balken zu ersetzen.

Ob der frühzeitig eingetretene Stillstand der körperlichen Entwicklung, der infantile Typus der inneren Organe unseres Kranken eine Folgeerscheinung der hereditären Lues bzw. der juvenilen Paralyse darstellt oder mit dem Balkenmangel in Verbindung zu bringen ist, müssen wir ebenfalls dahingestellt sein lassen, um so mehr, als wir die Möglichkeit zugeben müssen, daß der Balkenmangel selbst mit der hereditären Lues in Zusammenhang steht und vielleicht auf dem gleichen Boden wie die anderen Entwicklungsstörungen entstanden ist. In der Literatur habe ich sichere Angaben über vorhandene oder nicht vorhandene Lues bei den Trägern balkenloser Gehirne nirgends finden können.

Aus der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Herrn Geheimrat Dr. H. Schüle zum 70. Geburtstage.

I.

# Beitrag zur pathologischen Anatomie der Korsakowschen Psychose.

Von

Dr. **Ernst Thoma,** Medizinalrat.

Mit 1 Tafel.

Die histologischen Veränderungen bei dem nach Korsakow benannten chronischen Alkoholdelirium sind schon vielfach Gegenstand der Untersuchung gewesen. Vor allem waren es die peripheren Nerven und das Rückenmark, die zuerst durchforscht wurden, da die vorhandene periphere Neuritis am meisten die Aufmerksamkeit auf sich zog. Erst in zweiter Reihe wurde das zentrale Nervensystem in Angriff genommen. Gerade hier mußte man nach den Arbeiten *Nißl*s und *Alzheimer*s aber erhebliche Veränderungen erwarten, da es sich bei der vorliegenden Erkrankung doch um eine chronische Vergiftung handelt. Tatsächlich sind denn auch schon eine ganze Reihe von Veränderungen gefunden worden. *Cramer* [1]) fand große Ähnlichkeit in den Veränderungen der Ganglienzellen mit der progressiven Paralyse, ebenso wie in dem Verhalten der Gefäße, den Zellinfiltrationen in der Umgebung derselben und der Glia. *Gudden* [2]) und *Heilbronner* [3])

---

[1]) *Cramer,* Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems.

[2]) *Gudden,* Klinische u. anatomische Beiträge zur Kenntnis d. multiplen Alkoholneuritis, Archiv für Psychiatrie 1896.

[3]) *Heilbronner,* Rückenmarkveränderungen bei multipler Neuritis. Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 3.



fanden Faserausfall in verschiedenen Bezirken des Großhirns, Vermehrung von Gefäßen. Veränderung und Verdickung der Gefäßwandungen wurden von anderer Seite konstatiert. Ebenso wurden häufig miliare Blutungen, besonders in den Stammganglien, festgestellt. Letzteres wird hauptsächlich bei akuten Fällen erwähnt, wie denn überhaupt, was auch zu erwarten ist, die Befunde bei akuten, im Beginn zum Exitus gekommenen und solchen, die chronisch verlaufen waren, in wesentlichen Punkten differieren.

*Bonhöffer*[1]) resümiert, daß nach dem anatomischen Befund ein diffuser, das ganze Nervensystem schwer schädigender Prozeß vorliege, der einerseits das nervöse Parenchym zur Degeneration bringe, anderseits in den Gefäßen, vielleicht auch in der Blutzusammensetzung Veränderungen hervorbringe, die sich in einer Neigung zu kleinen Hämorrhagien ausspreche.

Da jedoch speziell die Untersuchungen des Gehirns nicht sehr zahlreich sind und auch die Resultate nicht in allen Punkten übereinstimmen, so dürfte ein Beitrag, auch wenn er nichts wesentlich Neues bringt, sondern bereits Gefundenes bestätigt, immerhin wünschenswert erscheinen. In nachstehendem möchte ich daher den histologischen Befund eines in der Anstalt Illenau zur Sektion gekommenen Falles von Korsakowscher Psychose mitteilen. Von einem zweiten, früher verstorbenen Fall war nur noch alkoholgehärtetes Material vorhanden, und die Untersuchung mußte daher entsprechend beschränkt bleiben, konnte jedoch im einzelnen zum Vergleich herangezogen werden.

Es sei hier zunächst kurz die Krankengeschichte des ersten Falles angeführt. G. H., 50 Jahre alter verheirateter Tapezierer, wurde am 29. April 1909 aus dem Krankenhause in die Anstalt Illenau aufgenommen.

Patient ist erblich nicht belastet, hat sich normal entwickelt, gut gelernt, war aber von jeher reizbar und aufgeregt. Sein Geschäft besorgte er bis in die letzte Zeit gut. Seit einigen Jahren lebte er von seiner Frau geschieden. Eine 22jährige Tochter lebt und ist gesund. Zwei Kinder sind in frühem Alter, 2 in späterem an Diphtherie gestorben. Patient selbst war seit lange sehr starker Alkoholiker. Trank täglich ca. 15 Schoppen Bier, dazu noch Wein und Kognak und rauchte 20 Zigarren.

---

[1]) *Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker

In letzter Zeit soll er sehr aufgeregt geworden sein, auch wurde beobachtet, daß sein Verstand und Gedächtnis seit einiger Zeit ebenfalls sehr nachließen. Zuweilen traten Schwindelanfälle und Blutandrang gegen den Kopf auf. Da er nachts unruhig wurde, brachte man ihn zunächst ins Krankenhaus. Dort war er anfangs sehr unruhig. Er schlief schlecht, hörte Stimmen, war unorientiert und äußerte Verfolgungsideen. Dieser Erregungzustand trat nach kurzem, ruhigerem Zwischenstadium erneut und in verstärktem Maße auf, so daß er in die Anstalt gebracht werden mußte. Die Untersuchung ergab hier guten körperlichen Ernährungzustand, reichliches Fettpolster, keine äußeren Degenerationzeichen. Am Kopf eine 5 cm lange Narbe rechts seitlich über dem Scheitelbein, von einem Hufschlag herrührend. Die Scheitelbeingegend ist druckempfindlich, und es wird über Kopfweh geklagt. Die Pupillenreaktion ist beiderseits normal. Die Augenbewegungen sind frei. Nur beim Augenschluß zeigt sich eine leichte Unruhe der Lider. Der Mundfazialis bietet nichts beBesonderes. Die Trigeminusdruckpunkte sind empfindlich. Aphasie besteht nicht, dagegen ist deutlich eine artikulatorische Sprachstörung vorhanden. Lesen kann Patient nicht, weil er die Buchstaben nicht sieht; es lege sich ein „Nebel" darüber. Von den inneren Organen ist zu erwähnen, daß das Herz nicht vergrößert ist. Die Herztöne sind rein, aber sehr leise. Die Lunge zeigt über den Spitzen Abschwächung des Perkussionschalls, und stellenweise sind bronchitische Geräusche zu hören. Erhebliche Veränderungen zeigen sich an den unteren Extremitäten. Beide Unterschenkel sind stark a t r o p h i s c h, und beiderseits besteht beginnende P e r o n e u s l ä h m u n g. Die Patellarsehnenreflexe sind gesteigert. Gehen kann Patient überhaupt nicht. Passive Bewegungen verursachen Schmerzen. Rombergsches Symptom ist deutlich vorhanden, dabei taumelt er stets nach rechts. Die Sensibilität ist gleichfalls gestört. Es bestehen Parästhesien, hyperästhetische und hyperalgetische Stellen. Letzteres besonders am linken Oberarm. Der psychische Status ergibt teilweise persönliche, völlige örtliche und zeitliche Desorientiertheit. Das Gedächtnis für Früheres und jüngst Vergangenes ist weitgehend defekt. Vor allem aber tritt die auffallende Störung der M e r k f ä h i g k e i t bei Prüfung mit Zahlen und Bildern hervor. Auf Fragen nach seinen persönlichen Verhältnissen erhält man meist falsche Antworten, vielfach auch Verlegenheitsausreden. K o n f a b u l a t i o n läßst sich leicht auslösen. Auf die Frage, wo er in der Nacht gewesen sei, erzählt er lange Geschichten über Reisen, die er gemacht habe.

Verlauf: Der psychische Zustand blieb im allgemeinen der gleiche, mit den oben beschriebenen Erscheinungen, doch wechselten Zeiten größerer Klarheit mit solchen teilweiser Benommenheit ab. In der ersten Zeit seines Anstaltaufenthaltes traten auch öfters kollapsähnliche Schwächeanfälle mit Erbrechen auf. Am 12. Oktober erster K r a m p f a n f a l l. Die Krämpfe betrafen alle Extremitäten, auch im linken Fazialis



zeigten sich Zuckungen. Verdrehen der Augen, kongestioniertes Gesicht, mehrstündige Bewußtlosigkeit.

Die Atrophien an den Beinen nahmen immer mehr zu und wurden auch an den Armen und Händen deutlich. An den unteren Extremitäten Ausbildung einer Flexionskontraktur. Unter Zunahme der Lungenerscheinungen, die sich als tuberkulösen Ursprungs erwiesen, Auftreten von Abszessen an Hand- und Fußrücken, und unter steigendem Fieber trat am 3. Februar 1910 der Exitus letalis ein.

Autopsie: Verfettung des kleinen und schlaffen Herzens bei Atherom der Kranzarterien. Ausgedehnte pleuritische Verwachsungen rechts, geringere links. Auf der Pleura zahlreiche miliare Tuberkelknötchen. Die rechte Lunge ganz von Tuberkelknoten durchsetzt; die linke Lunge gleichfalls, aber in geringerer Ausdehnung. Zahlreiche verkäste Bronchialdrüsen. Die Niere zeigt die Veränderungen der chronischen parenchymatösen Nephritis. Die Leber ist cirrhotisch verändert.

Beim Herausnehmen des Gehirns zeigt sich, daß die Dura mit der Basis der linken Kleinhirnhemisphäre verwachsen ist. Die Pia ist leicht abziehbar, stellenweise etwas verdickt und getrübt. Die Gefäße sind nicht stark gefüllt und zart. Die Rinde ist auf dem Durchschnitt blaß und nicht stark verschmälert. Die Gehirnmasse schneidet sich derb. Es besteht Hydrocephalus internus mäßigen Grades. In der linken Kleinhirnhemisphäre findet sich ein derber, gelblicher Tumor von etwa 2½ cm Durchmesser, der auf dem Durchschnitt einige kleine Erweichungen zeigt.

Mikroskopischer Befund: Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurden zunächst Stücke der I. Frontal-, vorderen Zentralwindung und aus dem Okzipitallappen, Kleinhirn, Thalamus opticus, Medulla, Rückenmark aus der Gegend der Intumescentia thoracica und lumbalis in 96 proz. Alkohol konserviert. Der Rest wurde in Formol eingelegt.

Die genannten Regionen wurden nach den üblichen Methoden untersucht.

Zellpräparate nach Nißl mit Methylenblau und Kresylviolett ergaben ausgedehnte allgemeine Zelldegeneration. Sichtbarwerden der Fortsätze, Färbung, Blasigwerden und Randstellung des mit einer Kontur versehenen Kerns sowie totale Chromatolyse, ähnlich wie dies auch bei Paralyse gefunden wird (Tafel II, Abb. 1). Stellenweise ist der Zellausfall sehr bedeutend. Die Zelldegeneration ist in den einzelnen Windungen nicht gleich stark. Am ausgedehntesten ist sie in den Zentralwindungen, dann folgen Frontal- und zuletzt Okzipitalwindung. Aber auch in der einzelnen Windung ist die Degeneration nicht gleichmäßig vorgeschritten. Es finden sich vielmehr an einzelnen Stellen noch Zellen mit relativ erhaltener Struktur. Von den einzelnen Schichten schien zentral die der kleinen Pyramiden am stärksten angegriffen. Die Ganglienzellen sind von mehr



oder weniger zahlreichen Gliazellen begleitet, doch treten sie in unserem Falle nicht so zahlreich auf, wie sie in manchen Fällen von Paralyse gefunden werden. Stäbchenzellen treten nur ganz vereinzelt auf. Die Gefäße haben meist verdickte Wandungen und scheinen an einzelnen Stellen vermehrt zu sein, doch nicht in dem Grade wie dies bei Paralyse gewöhnlich der Fall ist. Ebenso ist auch die Zellinfiltration der Gefäßscheiden viel geringer als bei Paralyse. Plasmazellenähnliche Gebilde sind nur ganz vereinzelt zu bemerken. An vereinzelten Stellen in der Umgebung kleinerer Gefäße finden sich Reste kleiner Blutungen.

Unterhalb der Pia, die durchweg etwas verdickt erscheint, findet sich an mehreren Stellen kleinzellige Infiltration. An einer Stelle fand sich ein kleines, makroskopisch nicht sichtbares Tuberkelknötchen in die oberste Rindenschicht eingewachsen. Im Thalamus waren gleichfalls sehr zahlreiche degenerierte Ganglienzellen neben normalen vorhanden. Von Blutungen fanden sich hier nur vereinzelte kleine Reste.

Die Glia, in Zelloidin wie an Gefrierschnitten nach Weigert untersucht, zeigte sich an vielen Stellen stark vermehrt. Die Vermehrung betrifft zunächst die Randpartien aller Windungen und reicht weit in die Tiefe der Rinde. Nicht nur die Zellen sind vermehrt, sondern es zeigt sich auch starke Faservermehrung. Der äußerste Randzopf ist jedoch nicht so dicht, wie es häufig bei Paralyse gefunden wird. Außerdem sind sehr viele Spinnenzellen zu sehen. Sehr auffällig, namentlich im Gegensatz zu der Paralyse, ist die Gliavermehrung im Marklager. Es finden sich in unserm Falle, offenbar als Ersatz für ausgefallene Fasern, an vielen Stellen ausgedehnte Gliamassen, und zwar Gliazellen, namentlich Spinnenzellen, wie auch dichte Faserfilze. S. Tafel II, Figur 2 u. 3.

Die Markfasern, nach Weigert mit Eisenhämatoxylin untersucht, ergaben Faserausfall. Dieser betraf in allen Windungen sowohl die Tangentialfasern als die radiäre Faserung. Letztere zeigt sich besonders in den Zentralwindungen stark gelichtet. S. Tafel II, Figur 4.

Marchi zeigt Zerfall der Markscheiden deutlich, doch nicht so reichlich, als nach dem Ausfall zu erwarten war. Vor allem ist zentral weniger Zerfall angezeigt als okzipital. Etwas stärkerer Zerfall zeigt sich auch in der linken Kleinhirnhemisphäre in den dem Tuberkelknoten benachbarten Partien.

Deutliche Markscheidendegeneration fand sich ferner im Rückenmark. Hier zeigten besonders die Hinterstränge, dann aber auch Vorder- und Kleinhirnseitenstränge starke Degeneration.

Die Fibrillen wurden nach Bielschowsky untersucht. Überall zeigte sich starke Lichtung des Fibrillennetzes. Die Zellen derselben Rindenschicht zeigten verschiedenes Verhalten. Bei einzelnen lassen sich die Fibrillen gut in die Zellen hinein verfolgen. Bei anderen zerfallen sie vor dem Eintritt. Einzelne Ganglienzellen haben auch ein blasiges Aussehen, und es sind überhaupt keine von ihnen ausgehende Fibrillen zu bemerken. —

Toluidinblau- und Kresylviolettpräparate lassen teils mehr, teils weniger lebhaften Abbau erkennen. Wesentliche Unterschiede in den einzelnen Hirnpartien waren nicht zu erkennen, auch erreichte der Prozeß nicht die Intensität wie bei akuten Erkrankungen.

Fall II.

R. Sch., 43 Jahre alte geschiedene Frau, früher Köchin, wurde am 13. Februar 1908 in die Anstalt Illenau aufgenommen. Heredität wird in Abrede gestellt. Als 14. Kind geboren, kräftig, hat Rachitis durchgemacht; spätere körperliche und geistige Entwicklung gut. Äußere Verhältnisse wechselnd, zuletzt günstig. Gewöhnte sich in Amerika das Trinken von „spirits" an. Trank meist Schnaps. Bis zu 2 Liter Kirschwasser pro Tag. Anscheinend infolge davon Differenzen mit dem Manne, mit nachfolgender Scheidung.

Beginn der jetzigen Erkrankung Sommer 1904 mit Charakterveränderung. Patientin wurde hochmütig, eigensinnig, mißtrauisch und äußerte Furcht, bestohlen zu werden. Sie klagte über Doppelsehen, Schwindelgefühle, Schmerzen und Schwäche in den Extremitäten.

Bei der Aufnahme in die Anstalt verkennt sie die Umgebung und ist örtlich und zeitlich desorientiert. Psychisch ist ferner hochgradige Gedächtnisschwäche und Störung der Merkfähigkeit, Sinnestäuschungen und Konfabulation nachweisbar. Aphasie oder artikulatorische Sprachstörung besteht nicht.

Die körperliche Untersuchung ergibt schlechten allgemeinen Kräftezustand bei der blassen, pastosen Person. Degenerationzeichen fehlen. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren träge. Es besteht Tremor der Hände und Zunge. Die Beine sind beiderseits geschwollen, und es besteht Peroneuslähmung. Die Sehnenreflexe fehlen. An der oberen Extremität ist die grobe Kraft herabgesetzt. Der Oberarm rechts ist paretisch. Tast- und Schmerzempfindlichkeit sind an den unteren Extremitäten fast aufgehoben. Subjektiv wird über Parästhesien, Schmerzen in den Extremitäten und Doppelsehen geklagt.

Der Puls ist klein und frequent. Am Herzen kein Geräusch. Lungen bieten nichts Besonderes. Der Urin enthält Eiweiß, keinen Zucker.

Im Verlauf änderte sich das Krankheitbild wenig. Merkstörung und Konfabulation waren stets nachweisbar, doch ist Patientin dabei bald klarer, bald völlig desorientiert. Die subjektiven Beschwerden blieben dieselben. Unter Zunahme der Ödeme an den Beinen, Auftreten von Dekubitus und mehrfachen kollapsähnlichen Zuständen trat am 13. April 1905 der Exitus ein.

Autopsie: Von den inneren Organen zeigt die Herzmuskulatur sich stark verfettet, ebenso die Leber. Die Nieren bieten das Bild der chronischen parenchymatösen Nephritis. Gehirn: Pia leicht abziehbar. An einzelnen Stellen leichte Trübung längs der Gefäße. Letztere überall



zart. Die Hirnmasse ist weich, aber zäh und sehr blaß, nur wenig Blutpunkte. Keine Granulation des Ependyms, kein Hydrocephalus internus.

Mikroskopischer Befund: Die Ganglienzellen zeigen allgemeine Degeneration in der vielgestaltigen Form, wie sie bei Paralyse gefunden wird, bis zu vollständigem Untergang ganzer Zellgruppen, auch sind die Zellen stark verlagert. In der Zentralwindung scheint die Schicht der kleinen Pyramiden am stärksten betroffen. Trabantzellen sind ziemlich zahlreich, wenn auch nicht so, wie in manchen Fällen von Paralyse.

Stäbchenzellen sind nirgends zu sehen.

Die Gefäße scheinen vermehrt und deren Wandungen verdickt. Stellenweise ist eine stärkere zellige Infiltration der Gefäßscheiden zu bemerken. Die Gliakerne scheinen in den oberen Rindenschichten wie im Marklager vermehrt zu sein.

Toluidin- und Kresylviolettpräparate zeigen an einigen Stellen reichlich Zerfallprodukte, auch in den Gefäßscheiden. Blutungen sind in der Rinde nirgends zu sehen. Die Zelldegeneration scheint in den untersuchten Rindenpartien (vordere Zentral- und 1. Frontalwindung) ziemlich gleichmäßig verbreitet zu sein.

Die beiden angeführten Krankengeschichten dürften wohl typische Fälle des *Korsakow*schen chronischen Alkoholdeliriums sein. Fassen wir nun die Resultate der mikroskopischen Untersuchung zusammen, so ist zunächst die in beiden Fällen festgestellte diffuse allgemeine Zelldegeneration bemerkenswert. Da wir es in beiden Fällen mit einem chronischen länger dauernden Krankheitverlauf zu tun haben, so waren von vornherein keine gleichmäßigen Veränderungen, wie etwa bei einer akuten Vergiftung, zu erwarten. Es finden sich denn auch alle Arten von Zellveränderungen, Bilder, wie man sie von der Paralyse her zu sehen gewohnt ist. Dabei finden sich vielfach sehr große Lücken, starke Verlagerung der Zellen und dazwischen relativ gut aussehende Ganglienzellen, so daß das Rindenbild als ganzes außerordentlich unregelmäßig aussieht. Die zweite augenfällige Erscheinung ist die Degeneration der Markfasern. Sie war in dem ersten Falle nicht nur im Rückenmark mit *Weigert*scher Markscheidenfärbung als ausgedehnte Strangdegeneration zu sehen, sondern man findet sie auch in der Markstrahlung der Windungen, und zwar in den radiären wie den Tangentialfasern wieder. Dieser Zerfall der Markfasern ist auch in Marchi-Präparaten ersichtlich, doch ist hier der Abbau keineswegs so lebhaft als



vielleicht bei der hochgradigen Degeneration erwartet werden konnte. Es dürfte dies wohl eine Folge des Alters des Prozesses sein. Auch *Bonhöffer* a. a. O. erwähnt, daß in späteren Stadien die Befunde sehr wechselnd sind. Dies Zugrundegehen der Fasern macht sich auch, wie erwähnt, in Fibrillenpräparaten durch Lichtung des Fibrillennetzes bemerkbar. Sehr bemerkenswert ist das Verhalten der Glia. Wie zu erwarten, findet man sie auch in unserm Falle da vermehrt, wo nervöses Gewebe ausgefallen ist, also in der Rinde sowohl wie im Marklager. Wir finden in den Zentral- und Frontal-, weniger in den Okzipitalwindungen eine starke Randgliose, die starke Faserzüge in die tieferen Rindenschichten sendet, wie es auch bei Paralyse gefunden wird. Vielleicht läßt sich sagen, daß die Fasern hier etwas weniger dicht sind wie dort und zahlreichere Spinnenzellen aufweisen. Auch der äußerste Randzopf erscheint weniger dicht als bei Paralyse. Im Marklager endlich finden wir an Stelle der ausgefallenen Fasern ausgedehnte Gliamassen, und zwar vorzugweise Gliafasern. Die Angabe *Alzheimers*[1]), daß die Neuroglia beim chronischen Alkoholismus, wenig Neigung zu Faserbildung zeige, trifft in unserm Falle eigentlich nicht zu, doch handelt es sich hier auch nicht um einfachen chronischen Alkoholismus und es ist zu erwähnen, daß auch hier die Spinnenzellen sehr zahlreich sind und sich dazwischen auch sehr große Gliakerne finden, die vielleicht den von *Cramer* als Monstre-Gliazellen bezeichneten entsprechen.

Was die Gefäße betrifft, so zeigten sie sich im zweiten Falle etwas stärker vermehrt. Die Wandungen waren zwar teilweise verdickt, zeigten aber nur spärliche zellige Infiltration der Gefäßscheiden. Sicher nicht in der Weise wie dies bei Paralyse die Regel ist (*Alzheimer*[2]). Dagegen ließen sich öfters in den Gefäßscheiden wohl von Abbau herrührende Körnchen erkennen.

Die Pia war in dem ersten Falle etwas verdickt, zeigte erweiterte Gefäße, einige subpiale Blutungen, sowie kleinzellige Infiltration an der unteren Grenze. In Anbetracht des Umstandes, daß sich in der Pia auch einzelne kleinste Tuberkelknötchen fanden, könnten diese Erscheinungen auch mit der Tuberkulose in Zusammenhang zu

[1]) *Alzheimer*, Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Neuroglia. usw. Histologische u. histopathologische Arbeiten über die Großhirnride 3.

[2]) *Alzheimer*, Histologische und histopathologische Arbeiten.

bringen sein. Außer diesen subpialen kleinen Blutungen fanden sich nur noch einige kleine Reste von früheren Blutungen in der Rinde, sowie im Thalamus opticus.

Als wesentliche Ergebnisse der Untersuchung der beiden Fälle wären zu wiederholen:

1. die allgemeine, der Paralyse ähnliche Erkrankung der Ganglienzellen.

2. die Degeneration der Markfasern im Gehirn und

3. die Vermehrung der Glia, und zwar sowohl der Gliazellen wie der Fasern als Ersatz für die ausgefallenen Markfasern.

Die obige Zusammenstellung des mikroskopischen Befundes bei den beiden Krankheitfällen hat nichts wesentlich Neues gebracht. Sie dürfte jedoch gleichwohl insofern von Interesse sein, als sie typische Fälle betrifft und die früheren, noch nicht sehr zahlreichen Untersuchungen teils bestätigt, teils auch in manchen Einzelheiten, so in den Befunden über das Verhalten der Neuroglia, ergänzt.

Eine genauere Lokalisation des degenerativen Prozesses, die von *Bonhöffer* gewünscht wird, in der Weise, daß etwa eine Zurückführung gewisser klinischer Erscheinungen auf bestimmte Hirnpartieen, respektive auf pathologische Veränderungen in denselben möglich wäre, hat sich jedoch nicht ergeben. Bei einem so diffusen, das ganze Nervensystem schwer schädigenden Prozeß dürfte auch ein derartiger Nachweis nur unter besonders günstigen Bedingungen gelingen. In unserm ersten Falle war das Symptomenbild außerdem noch etwas durch den Kleinhirntuberkel kompliziert. Außer dem Schwindel und dem Taumeln nach rechts sind jedoch kaum irgendwelche Erscheinungen auf ihn zurückzuführen, da die Ausbildung von Hirndrucksymptomen offenbar durch den vorzeitigen Tod an Lungentuberkulose verhindert wurde.

---





II.

# Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptischen Anlage.

Von

Dr. **Hans Roemer**, Anstaltsarzt.

Mit 2 Tafeln.

Allgemein wendet sich das Interesse der Irrenärzte wieder lebhafter der Erforschung der psychopathischen Degeneration, der individuellen Konstitution und der Vererbungstatsachen zu. Von jeher war ja in der Psychiatrie mehr als in den anderen medizinischen Fachgebieten die Aufmerksamkeit auf den erblichen Faktor und die Individualität der Erkrankten gerichtet, und seit *Moreau* und *Morel* ist es zur ständig festgehaltenen Tradition geworden, bei jedem Fall von Neuerkrankung die erblichen Verhältnisse möglichst genau zu erkunden. Dementsprechend sind auch die klassifikatorischen Systeme eines *Krafft-Ebing* u. a. wesentlich auf dem Gesichtspunkte der Erblichkeit aufgebaut, und *Schüles* Krankheitseinteilung und grundsätzliche Betonung der individuellen zerebralen Widerstandskraft, wie er sie in der Lehre vom rüstigen und invaliden Gehirn ausgebaut hat, gründet sich auf die folgerichtige Durchführung der anthropologischen Betrachtungsweise. Inzwischen hat nun die rasch aufgeblühte empirische Psychologie ihren siegreichen Einzug in die klinische Psychiatrie begonnen und für die naturwissenschaftliche Gesamtauffassung wie für die Zergliederung psychotischer Zustände und das Verständnis der Einzelsymptome wertvolle Fortschritte gebracht. Hierbei tritt jetzt allmählich der endogene Ursprung der an Zahl weitaus überwiegenden Seelenstörungen wieder lebhafter ins allgemeine Bewußtsein — eine Entwicklung, die durch die neuen Erfolge in Nachweis und Absonderung der Paralyse und der luischen Psychosen kräftig gefördert wird — und damit zugleich das wachsende Bedürfnis, die



am Krankenbett beobachteten Zustandbilder biologisch zu betrachten und mit dem Familienstammbaum, der psychophysischen Anlage und dem individuellen Lebensablauf in Beziehung zu setzen. Die Wiederaufnahme der schon früher als ausschlaggebend erkannten Gesichtspunkte mit den neuen Methoden bedeutet eine fast unabsehbare Erweiterung des psychiatrischen Forschungsgebietes, wie z. B. die jüngste Arbeit von *Nitsche*[20]) zur Genüge dartut. Blieb nun früher der Psychiatrie fast allein die Aufgabe überlassen, in den benachbarten Forschungsgebieten, z. B. der Kriminalpsychologie, zur naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise anzuregen und eine medizinische Psychologie zu vertreten, so steht ihr heute auch die wirksame Unterstützung neu entwickelter Forschungsrichtungen für das erweiterte Arbeitgebiet zu Verfügung: auf dem Gebiet der Vererbung hat das Experiment in Botanik und Zoologie zu bedeutungvollen Ergebnissen und methodischem Fortschritt geführt. Gleichzeitig lieferte die empirische Psychologie durch größere Annäherung der Untersuchung an das praktische Leben für die Psychiatrie wertvolles Vergleichsmaterial, namentlich die von *Stern* inaugurierte psychographische Forschung läßt mit Bestimmtheit eine beträchtliche Förderung der Individualpsychologie und damit eine reiche Ausbeute für psychiatrische Probleme erwarten. Endlich verbinden sich die beiden Disziplinen neuestens zu einer vorurteilslosen, großzügigen psychobiologischen Gesamtbetrachtung der Gesellschaft und der Rasse, welcher die Irrenärzte im Blick auf die Gemeinsamkeit der wissenschaftlichen und namentlich methodischen Grundsätze sowie auf das Gewicht der sozialpsychiatrischen Aufgaben für die Dauer weder ihr lebhaftes Interesse noch ihre tätige Mitarbeit werden versagen dürfen. Zweifellos ist es ein hohes Verdienst *Sommers*, die Stellung der Psychiatrie innerhalb dieser Entwicklung frühe erkannt, ihre namentlich in sozialpsychologischer Richtung bedeutungvollen Forschungziele klar und mit edlem Pathos umschrieben und als einer der ersten die neuen Aufgaben mit vorbildlicher Methodik in Angriff genommen zu haben.

Im einzelnen zerfällt die Aufgabe in jedem Falle in drei natürliche Teile: es muß

1. der psychotische Zustand,
2. die psycho-physische bzw. psychopathische Anlage,
3. der Stammbaum und die Ahnentafel





möglichst genau festgestellt und alle drei Faktoren unter sich in Beziehung gesetzt werden. Aus der Schwierigkeit, diesen Faktoren im Einzelfall in gleicher Weise gerecht zu werden, ergibt sich, daß nur das geduldige Sammeln von Einzelfällen in möglichst umfassender Arbeitgemeinschaft nach möglichst einheitlichem Plane allmählich weiter führen wird. Die Richtlinien für diese Feststellungen sind zweifellos in den Besonderheiten der Anlage zu suchen; dabei dürfen Erziehungs- und Milieueinflüsse nicht außer acht gelassen, aber auch nicht überschätzt werden, reagiert doch jede Anlage auf die Lebensreize gesetzmäßig in der ihr natürlichen Weise. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der Erfahrungstatsache, daß neben den manifesten Eigenschaften der Anlage auch latente, nur unter bestimmten Bedingungen, z. B. Alkoholgenuß, in Erscheinung tretende in Betracht zu ziehen sind; diese werden mitunter in der Psychose der Untersuchten oder auch in der Anlage bzw. der Psychose der Blutsverwandten deutlicher erkennbar. In Zukunft sind nun gerade für die Auswahl der „wesentlichen Eigenschaften" der Anlage bestimmte Anhaltpunkte von der Individualpsychologie zu erwarten, die auf der Grundlage eines breiten psychographischen Materials zu Umschreibung verschiedener Temperamente und Typen gelangen wird. Diese Hoffnung erscheint um so aussichtvoller, als das neuerdings aufgefundene Korrelationsverhältnis zwischen bestimmten Eigenschaften eine gesetzmäßige Gruppierung der scheinbar unendlich zahlreichen Individualitäten erwarten läßt [21]). Bis dahin sind wir auf eine ziemlich grobe Charakteristik und damit bei der Vielgestaltigkeit der Aufgabe um so mehr auf die Gunst des Zufalles angewiesen.

In der folgenden Mitteilung ist nun die Durchführung dieser Betrachtungsweise an einem konkreten Beispiel versucht; leider hat sich die Vollständigkeit nicht in allen Teilen in wünschenswertem Maße erreichen lassen. Es handelt sich um einen Fall epileptischer Veranlagung. Ich wähle einen solchen, da ich in zahlreichen eigenen Untersuchungen die Ergebnisse *Sommers* gerade für diese Krankheitgruppe nachzuprüfen in der Lage war. Soweit sie mitgeteilt sind, beziehen sie sich auf die Symptomatologie der epileptischen Verstimmung [1]), die Dipsomanie und die psychische Epilepsie [2]), jedesmal in Beziehung zum epileptischen Grundcharakter. Ich gebe zunächst einen Abriß der Krankheitgeschichte, die experimentelle



Analyse des psychotischen im Vergleich mit dem Habitualzustand und schließlich die hereditären Verhältnisse mit der kurzen Schilderung zweier verwandter früherer Patienten.

Augustin A., 39 Jahre alt, Hofbauer im mittleren Schwarzwald. Lernte schwer, besonders Rechnen und Lesen, war bei Bestrafungen auffallend „eigensinnig". Arbeitete in der Landwirtschaft, diente, übernahm mit 24 Jahren den väterlichen Hof, heiratete mit 28 Jahren, hat 6 intellektuell etwas minderwertige Kinder. War stets fleißig, bewirtschaftete seinen Hof gut, galt aber immer als Sonderling, schloß sich schwer an. Leidet von jeher an periodischen Verstimmungen mit Arbeitunlust, Apathie, Neigung zu Reizbarkeit, Streitereien, Beeinträchtigungsideen, Alkoholintoleranz und deutlicher Dipsomanie: trank, um sich ein „besseres Gemüt" zu verschaffen, und wurde dann jähzornig, gewalttätig mit nachfolgender Amnesie. Wegen Beleidigung und Körperverletzung, beides in Trunkenheit verübt, vorbestraft. Dabei sexuell übererregbar, verging sich mehrfach an den Schwägerinnen. Seit der Heirat werden die Verstimmungen noch deutlicher nachweisbar durch die Schilderung der Frau: „Mein Mann hat immer so Zeiten gehabt, an welchen er über alles gestritten, Sachen zusammengeschlagen und sonst wüst gemacht hat. In seinem Zorn tat er dann oft die Äußerung: „Es darf keiner etwas haben, es muß alles, alles hin sein." Man hat es immer schon ein paar Tage vorher gemerkt, wenn seine böse Zeit kam, er blieb dann außergewöhnlich lange im Bett liegen, und wenn er aufgestanden war, arbeitete er nichts Rechtes." Man konnte meinen, sagt die Frau, er ginge mit dem Monde. Bedrohte, mißhandelte dabei die Frau oft. In einem solchen Verstimmungzustand kümmerte er sich weder um die Frau bei ihrer Niederkunft am 19. April 1909, noch um das Neugeborene. Er stand untätig und wortkarg herum, stierte vor sich hin, trank Schnaps und erkundigte sich erst im letzten Augenblick, ehe er verspätet zum Standesamt ging, nach dem Geschlecht des Kindes. Am 27. April ärgerte er sich nach einer schlaflosen Nacht und morgentlichem Schnapsgenuß heftig, weil die Frau ohne seine besondere Zustimmung taufen lassen will. Als sie vor seinem Schimpfen und vor seinen Tätlichkeiten in den Nachbarhof entflieht, wird er hochgradig erregt, beschließt in dem „schmerzlichen Gefühl", die Frau verlasse den Hof wohl für immer, auch seinerseits wegzugehen, und beschädigt bzw. vernichtet in blinder Wut die von ihm selbst gepflanzten Obstbäume. Ein Augenzeuge berichtet: „Das Anhauen und Abhauen der Bäume mit der Axt ging so schnell vor sich: wie ein Verrückter sprang A. von Baum zu Baum, und bevor er diese vernichtete, stieß er jedesmal seinen Schirm in den Boden, daß derselbe stecken blieb. Er hat zu den 36 Bäumen etwa 20 Minuten gebraucht." Das brutale Zerstörungswerk, das einen Schaden von ca. 1186 ℳ darstellte, steigerte,



wie er angab, seinen Zorn ins maßlose: er rannte auf den Speicher, zündete das Dach an, lief, während das Haus in hellen Flammen aufging, schimpfend und gestikulierend davon und trieb sich ca. 30 Stunden ratlos und sinnlos in den benachbarten Wäldern umher, bis zu seiner Verhaftung. Für den Vorgang des Anzündens und sein Umherirren hat er bis heute nur eine ganz unvollkommene Erinnerung. Am 15. Juli wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes hierher eingewiesen. Folgende Hauptpunkte des Befundes seien kurz erwähnt: A. befindet sich in traurig-apathischer, oft weinerlicher Verstimmung mit stark gestörter Auffassungs- und Merkfähigkeit, hochgradiger intrapsychischer und psychomotorischer Hemmung, Bettsucht, initiativer Stummheit, reaktiver Wortkargheit, zahlreichen körperlichen Mißempfindungen im Kopf, in den Gliedern, Photismen, Akoasmen, Schlafstörung mit Sensationen und hypnagogen Halluzinationen. Während der Beobachtung ausgesprochene Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen. Namentlich an schlechten Tagen zeigt sich bei genauer Ausfragung die Depression paranoisch gefärbt, bei der psychophysischen Untersuchung die psychomotorische Hemmung mit angedeuteter Erregung verbunden. Das Schulwissen ist lückenhaft, einfache geographische, politische und wirtschaftliche Kenntnisse fehlen. Es wurden deutliche Absencen beobachtet und über allgemeine Müdigkeit, Schwindel und nächtliches „Strecken der Glieder" geklagt. Dabei zahlreiche motorische Reiz- und sensible bzw. sensorische Ausfallerscheinungen: Zittern der Hände, Steigerung der Sehnenreflexe, konzentrische Gesichtsfeldeinengung, allgemeine, rechtseitig besonders stark ausgeprägte Hyperästhesie und Hyperalgesie. Auf Grund der Vorgeschichte und dieses Befundes kam das Gutachten zu dem Schluß: A. leidet an periodischen Verstimmungzuständen epileptischer Natur, in einem solchen befand er sich, wie nachgewiesen, zur Zeit der Tatbegehung, außerdem stand er unter Alkoholwirkung; es ist ihm deshalb § 51 des R.-Str.-G.-B. zuzubilligen. A. wurde exkulpiert und als geisteskrank weiterhin in der Anstalt belassen. Die Depression mit Schwindel, Akoasmen, Parästhesien und Sensationen hielt mit großen Schwankungen längere Zeit an, allmählich trat unter Bromwirkung eine entschiedene Besserung ein. A. hielt sich in freier Behandlung viele Wochen völlig einwandfrei und wurde nach 6monatigen Anstaltaufenthalt auf dringenden Wunsch sämtlicher Verwandten im Einverständnis mit der Behörde am 19. Januar 1910 versuchweise zu seiner Schwester entlassen. Hier war er 2 Monate lang ruhig, geordnet, fleißig und abstinent. Als sich die Ehefrau zu einer Verständigung herbeiließ, siedelte er am 20. März 1910 in ihr Quartier über, da der Wiederaufbau des Hofes beschlossen wurde. Am 23. März holten beide im Nachbarorte von der Frau gekauftes Mobiliar ab. A.'s Ärger über dessen schlechte Qualität steigerte sich, als er sie in angeblich auffallender Weise beim Verkäufer im Flur stehend antraf, so daß er versuchte, ihr Vorhalt zu



machen. Nach Genuß von ½ l Bier kehrte er allein nach M. zurück, trank beim Abendbrot noch ¼ l Wein und machte, nach Hause gekommen, der Frau von neuem Vorwürfe. Als sie ihm dann das geforderte Geld verweigerte, stach er mit einem Taschenmesser blindlings auf sie ein und verletzte sie ziemlich schwer am Halse. Auf ihr Hilfegeschrei ließ er sie in ihrem Blute liegen, rannte in seinen von früher noch stehenden Schober, fiel in der Dunkelheit über das ominöse Mobiliar und steckte, hierdurch in maßlose Wut geraten, sofort das Gebäude in Brand, das in kurzer Zeit eingeäschert war, während er schimpfend bergan lief. Die regnerische Nacht über trieb er sich in der Nähe des Brandplatzes, den folgenden Tag in den Wäldern umher. Schließlich wurde er bei Verwandten angetroffen, verhaftet und am 25. April morgens wieder in die Anstalt gebracht. Abgesehen von dem verstörten Aussehen und einer gewissen Ratlosigkeit bei der Aufnahme, die sich bei völliger Orientiertheit in langsamen und unvollständigen Antworten äußerte und nach kurzem Ausruhen schwand, bot er keinerlei krankhafte Symptome. Er schob alle Schuld auf die Frau; diese habe ihn gereizt und halte es überhaupt mit anderen Männern. Er zeigte keinerlei Depression oder Reue, vielmehr eine gewisse Apathie, er hielt sich bis heute ruhig, geordnet und fleißig.

Bei einem intellektuell Minderwertigen mit charakterologischen Eigentümlichkeiten finden sich von Schwindelanfällen eingeleitete endogene periodische Verstimmungzustände mit Reizbarkeit, Sensationen, paranoischen Ideen, Poriomanie, periodischer triebhafter Trunksucht und Alkoholintoleranz, die von Absencen sowie zahlreichen motorischen und sensibeln Reiz- und Ausfallerscheinungen begleitet sind. Während Brom die Verstimmungen mildert, wird Pat. unter dem Einfluß des Alkohols hochgradig erregbar, impulsiv und gewalttätig mit nachfolgender Amnesie; in einem solchen Zustand wurde er mehrfach kriminell, u. a. beging er zweimal Brandstiftung und verletzte die Frau gefährlich. A. leidet an psychischer Epilepsie, an Stelle der großen Krampfanfälle sind Absencen, Schwindelanfälle und leichte motorische Reizerscheinungen getreten.

Wir schildern nun die beobachtete Verstimmung genauer und vergleichen sie dann mit A.s Habitualzustand.

Aus der Selbstschilderung, welche bei A. wie bei den meisten derartigen Kranken charakteristich ist, sei folgendes erwähnt:

Seit mehreren Jahren leide er alle 2—3 Wochen an traurigem, ängstlichem Wesen. „Es fängt an mit Schwindel, Kopfweh, Übelkeit,

es ist mir dann alles verleidet, auch oft das Leben verleidet; es ist mir dann alles langweilig, ich hab keinen Mut, mag mit niemand sprechen und fühl mich schwach; ich brachte mich dann zu nichts, konnte nicht arbeiten, ich konnte nicht denken und wußte nicht weshalb; ich hab gestaunt (= gestiert), gestarrt und bin morgens im Bett liegen geblieben und zu Haus geblieben." „Wenn ein fremder Mensch kam, verlief ich als zeitweis aus Angst. (Warum?) Ich weiß selber nicht, wie wenn ich etwas mit ihm hätte oder bekäme, so eigentümlich; ich hab mich halt nicht dazu gebracht; wie wenn jemand etwas gegen mich hätte, mich verfolgte, so eine Art... wie wenn mich die Leute würden verfolgen, es schlecht mit mir meinen, als sei alles gegen mich." „Am schlechten Tag bin ich traurig. (Warum?) Ich weiß es selbst nicht, es steckt halt in mir, es kommt mir halt so, ich weiß selbst nicht, wegen was; es kommt mir dann was, wie wenn mich jemand erzürnt hätte, jemand was gegen mich hätte, aber es ist doch nicht wahr; wie wenn sie mich auslachten, nachher muß es doch nicht wahr sein. Wenn ich hab wohin wollen, hab ich mich auch wieder ausgezogen, wenn ich hab was kaufen sollen auf den Markt gehen, da weiß ich gar nicht, wie es war, ich bin halt nicht fortgekommen." In diesen Zeiten viel Kopfweh, Zittern in den Beinen und Händen, Schmerzen in den Armen und Füßen. „Bei Nacht ist an den Füßen und Armen oft so eine Art Krampf, kann dann die Glieder nimmer biegen, wie wenn ich mit den Armen packen müßt. Bei Nacht hab ich dann viel Unruh, es drückt mich jemand aufs Herz, ich mein im Schlaf, es komme jemand ans Bett, und fühl, wie er mich am Hals packt, wie er mir den Hals zudrückt, ich seh dann Schatten und Hunde, rotes Flimmern wie Feuer vor den Augen, hör' Klingen in den Ohren wie Käferschwirren. So geht es ein paar Tage oder Stunden, nachher ist's wieder besser, und alle Ideen sind weg." Die Schwindelanfälle bzw. Absencen schilderte er selbst einmal sehr anschaulich: „Am schlechten Tag beim Schwindel ist es auf einmal, wie wenn ich mich besinnen müßte, wo ich bin, wo ich mich aufhalte, wie wenn ich an einem anderen Ort wäre, die Umgebung kommt mir dann verändert vor, wie wenn ich mich nicht mehr auskenne, als wäre mir alles fremd." Wiederholt gibt er ähnliches an: „Ich kann dann nicht lesen, die Buchstaben gehen weg, es ist, als ob alles anders wär, ich weiß net, ist es wahr oder net, so ungewohnt, ich mein, es ist etwas anderes, ein Baum größer als vorher." In diesen Zeiten habe er getrunken, „damit er ein besseres Gemüt bekomme, aber das Gegenteil trat ein; wenn ich in Zorn und Aufregung gekommen bin, hab ich getrunken, daß ich's gespürt habe, daß ich betrunken war, am andern Tag hab ich nichts mehr gewußt".

Typisch ist bei dieser Schilderung der endogene und periodische Charakter der Verstimmung, dessen Zwang A. ratlos macht (be-



sonders gilt dies von der psychomotorischen Hemmung), die paranoische Färbung der Depression, wobei das Kommen und Gehen der Wahnideen den Kranken selbst frappiert, ferner die elementaren Reizerscheinungen aller Sinne besonders in der Körperfühlsphäre und im motorischen Gebiet, endlich die besondere Art der Schlafstörung durch ängstliche Sensationen im Halbschlaf. In allen diesen Punkten stimmt A. völlig überein mit dem früher geschilderten Krampfepileptiker in seiner Verstimmung und den erwähnten zwei Fällen psychischer Epilepsie.

Die Angabe über sein Verhalten zum Alkohol bestätigt die objektiven Aussagen; besonders anschaulich ist die Schilderung der Absencen bzw. der erschwerten Orientierung beim langsamen Wiedereintritt des Bewußtseins.

Von der experimentellen Untersuchung eines Verstimmungzustandes sei zunächst die Prüfung der Auffassung mit dem *Heilbronner*schen[3]) Bildchen erwähnt. Ich führe einige Beispiele aus den Protokollen bald nach der 1. Aufnahme an und stelle das Untersuchungsergebnis kurz vor der Entlassung zum Vergleich daneben.

| 23. 8. 1909. | | Sek. | 12. 1. 1910. | Sek. |
|---|---|---|---|---|
| | Kirche | | | |
| 1. a. | Haus | 4,6 | eine Kirch | 2,2 |
| 2. a. | Ki....Kirch | 10,8 | auch b. kleiner ist sie | 2,2 |
| 3. b. | es ist gleich | 17,8 | Hier der Strich (+ gezeigt | 7 |
| 4. b. | nein | 9,4 | Hier der Strich (+ gezeigt) | 6,4 |
| 5. b. | ja (was?) + gezeigt (was dazu gekommen?) | 7,4 | Fenster | 3,6 |
| | das hier da die... da... die..die..ich weiß nicht, was es ist. | | | |
| 6. b. | nein | 4,0 | ja die Fenster sind...hier die Fenster sind verglast oder wie man sagt | 15 |

a. bedeutet die Frage „nach was sieht das aus?"

b. bedeutet die Frage „ist etwas dazugekommen?" Die Reaktionszeiten sind in Sekunden angegeben.

| | 23. 8. 1909. | Sek. | 12. 1. 1910. | Sek. |
|---|---|---|---|---|
| 7. b. | ja hier (+ Uhr gezeigt) (was ist das?) eine Sonne oder ein Licht (wie heißt das, was dazugekommen?), (8,6) ich weiß nicht, was es ist, ein Ring oder was (sonst etwas dazugekommen?) sonst seh ich nichts | 9,0 | ja die Uhr und da die Türe was das bedeuten soll (sonst etwas dazugekommen?) und hier die zwei da (+ gezeigt) — — Luft — — Luftlöcher | 3,0 |
| 8. b. | nein | 7,4 | die zwei Kreuze | 6,4 |
| | Kanone | | | |
| 1. a. | ich kenn's net, weiß net (stellt die Karte hoch) | 12 | das kenn ich nicht (stellt die Karte hoch) | 22,6 |
| 2. a. | Ring (zeigt Rad) — — Ring (sonst noch was?) (71) ist noch was da, aber ich weiß nicht, was | 18,4 | Kanone oder — — Kanone ja | 20,0 |
| 2. b. | | | ja hier das Rad | 4,0 |
| 3. a. | Kreuz mit — — (sonst noch was da?) (13) es sind noch Striche hier hinab (zeigt Lafettenschwanz) | 12 | | |
| 3. b. | | | Das ist das nämliche, bloß ist das anders (+ gezeigt) | 16,0 |
| | Uhr | | | |
| 1. a. | ein Ring | 3,4 | ein Ring | 1,0 |
| 2. a. | das nämliche | 4,2 | ein Ring mit einem Dreieck | 3,8 |
| b. | nein, ich seh' nichts | 3,4 | Hier die 2 Striche (+ gezeigt) | 2,0 |
| 3. a. | Ring | 4,0 | ein Ring m. einem Zeiger | 15 |
| b. | nein | 1,2 | die 2 Zeiger sind dazu gekommen | 2,0 |
| 4. a. | Ring (sonst noch was?) das nämliche | 5,4 | 1 Uhr | 3,0 |
| b. | das nämliche seh ich | 6,4 | die Zahlen | 2,0 |
| 5. a. | ein Ring, ich weiß nicht, ein Ring, Zeiger? | 12,4 | | |

| | 23. 8. 1909. | Sek. | 12. 1. 1910. | Sek. |
|---|---|---|---|---|
| 5. b. | | | hier der Knopf an der Uhr (+ gezeigt) | 4,8 |
| 6. a. | 2. Ring (was ist das Ganze?) (10) ich weiß nicht, was es ist, es ist ein kleiner Ring und ein großer Ring (was ist das Ganze?) (3) ich kenn's nicht (Besinnen Sie sich, was ist das Ganze?) (7) ich weiß nicht, was es soll sein. | 7,8 | b. ein Ring | 2,0 |
| | Pumpbrunnen | | | |
| 1. a. | zwei Strich | 20 | ein Turm | 15,6 |
| 2. a. | das ist auch so, 2 Strich gezeichnet | 8,8 | ein Brunnen, ein Brunnenstock | 3,6 |
| 2. b. | ich seh nichts | 4,2 | hier (+ gezeigt) | 3,2 |
| 3. a. | ich kenn's net | 10 | | |
| 3. b. | wieder das nämliche | 12,2 | hier (+ gezeigt) | 4,0 |
| 4. a. | weiß net, kenn's net, was | | | |
| 4. b. | es ist | 14,0 | | |
| 4. b. | hier muß etwas sein (+ gezeigt) | 6,2 | hier (+ gezeigt) (was ist das?) an einem Pumpbrunnen ein Griff | 3,6 |
| 5. a. | ein Baum nicht, weil hier etwas ist (zeigt Pumpenstiel) | 14,0 | | |
| 5. b. | weiß net, ist etwas dazu gekommen oder net | 15,0 | hier (+ gezeigt) der Griff an dem Pumpbrunnen | 5,6 |
| 6. a. | es ist's nämliche (nach was sieht es aus?) nach einem Baum oder so | 15,0 | | |
| 6. b. | ich seh' nicht, was dazu gekommen ist. | 6 | die Strich da, das Wasser und hier der Behälter. | 4,0 |

Aus diesem und dem sonstigen analogen Befund ergibt sich eine hochgradige Störung der Auffassung während des Verstimmungszustandes. Diese entspricht vollkommen der früher [1]) ge-

schilderten des Krampfepileptikers: Die primäre Identifikation ist intakt, A. perzipiert die einfachen Striche und deren relative Lage richtig, vermag aber die Teileindrücke nur unsicher, langsam, unvollständig (Uhr 2,3), häufig nur unzutreffend (Kirche 7, Kanone 2,3, Pumpe 5) und oft überhaupt nicht (Kirche 5, Kanone 2,3) zu „deuten". Dementsprechend werden die Gesamtbilder überhaupt nicht (Kanone, Uhr, Pumpe) oder nur sehr langsam und zögernd identifiziert. Er erkennt zahlreiche Vollbilder nicht, die jeder Gesunde seines Standes erfahrunggemäß und *A.* selbst in der Norm richtig erkennt. Der mnestisch-assoziative Teil des Erkennungsprozesses ist bei Intaktheit des perzeptiven Teiles gestört. Die richtigen Erkennungsbilder werden nicht erreicht, die Störung hat somit das Aussehen einer ideatorischen Agnosie im Sinne *Kleists*[4]). Dabei mag aber die „Erkennungsformel" in Latenz richtig vorhanden sein, sie wird nur nicht im kritischen Augenblick aktuell, und infolge dieser Störung der „optimalen Dynamik" bleiben die perzipierten Elemente vom Anschluß an die konformen Erinnerungsbilder abgeschnitten, und damit ungedeutet; oder der Erkennungsprozeß kommt etwas später zu seinem vorzeitigen Ende und die betreffenden allgemeinen Kategorien der räumlich-zeitlichen Vorstellungsverknüpfungen werden noch eben erreicht, aber innerhalb dieser bleibt die spezielle Identifikation mit dem konformen Einzelbegriff aus (vgl. bes. Kirche 7, die Kirchenuhr wird als Sonne, Licht, Ring angesprochen). Es liegt nahe, das Wesen dieser Auffassungschädigung mit *Kleist*[4]) in einer psychomotorischen Störung der „Einstellung" zu suchen, die ihrerseits wieder bei A. als wesentlich affektiv bedingt anzusehen wäre. Die erschwerte Wiedererkennung der Umgebung, der Eindruck des Fremdseins, dessen anschauliche Beschreibung durch A. oben wiedergegeben ist, stellt geradezu einen Spezialfall erschwerter „Einstellung" dar.

Die Störung der optischen Merkfähigkeit, welcher eine ebensolche auf akustischem Gebiete entspricht, geht aus den Versuchen mit den *Heilbronner*schen Bildchen deutlich hervor.

Im Anschluß hieran erwähne ich kurz das Ergebnis der in der Verstimmung angestellten Assoziationsversuche.

Es wurde ein Reizwortregister, das ungefähr demjenigen Jungs entspricht, verwendet. Zunächst sind die Reaktionzeiten stark verlängert:



Wahrscheinliches Mittel von 50 Assoziationen 9 Sek. gegen 3 Sek.; mittlere Variation 4,1 gegen 3,0 in der psychisch freien Zeit bei Verwendung derselben Reizworte. A. geht auf die Aufgabe richtig ein, versucht dem Reizwort gerecht zu werden und sachlich zu reagieren, es mißlingt ihm dies aber nicht selten: 20 % der Reaktionen bleiben aus; nach langem Zögern gibt A. an: „Ich weiß nicht, was ich sagen soll.“ Es geschieht dies nicht nur bei und nach affektiv differenten Reizworten wie „küssen“, „streicheln“, „Anstalt“, sondern auch bei indifferenten, wie „Krone“, „Höhle“, „prächtig“. Ferner bestehen 20 % der Reaktionen in Wiederholung schon gebrauchter Reaktionsworte, 6 % in der vorhergegangener Reizworte. Somit ist nur wenig mehr wie die Hälfte der Reaktionen qualitativ einwandfrei. Häufig bedingen angeschlagene Gefühlstöne Zeitverlängerungen bei der kritischen und den postkritischen Reaktionen; die kritische Reaktion besteht meist aus Reaktionswortwiederholungen, wobei das Wort „Mensch“ besonders beliebt ist.

Die Erschwerung der Assoziation ist wohl gleichfalls auf eine Erschwerung der „Einstellung“ zurückzuführen. Dafür spricht u. a. auch die breite Schwankung der Reaktionzeiten, die auch abgesehen von kritischen und postkritischen Reaktionen zu beobachten ist. Diese äußert sich dabei als Verlangsamung der Auffassung, Beschränkung der verfügbaren Assoziationen und Erschwerung der sprachmotorischen Verwirklichung. Die lange Nachdauer der emotiven Einflüsse erklärt sich aus der depressiven Gemütslage. Beidemal sind die Eigentümlichkeiten des Habitualzustandes (s. u.) von Bedeutung. Im Experiment spiegelt sich A.s Verhalten sehr gut wieder: Er antwortet auf Fragen stets langsam, unsicher, zögernd, kann häufig die einfachsten Angaben nicht machen und ist unter dem Einfluß des Affektes besonders schwer ansprechbar.

Endlich seien als Nebenbefund einige bei A. während der Verstimmung vorgenommene einfache akustische Reaktionsversuche angeführt; wenn ihre Anzahl zwar auch für weitergehende Schlüsse zu gering ist, so sind sie vielleicht doch geeignet, auf die Verstimmung A.s einiges Licht zu werfen.

A. bekam den Auftrag, nach vorangegangener Ankündigung auf das Geräusch beim Niederdrücken eines Morsetasters einen 2. Taster niederzudrücken. Die Reaktionzeit wurde im optisch und akustisch getrennten Nebenraum am Hippschen Chronoskope in tausendstel Sekunden abgelesen. Bei der Berechnung wurde nach Kraepelin das wahrscheinliche Mittel und die mittlere Variation festgestellt. Leider liegen für die eigentliche Verstimmung nur 3 Versuchsreihen vor. (1. Tab. (S. 604),



1 Querspalte.) Die erste Reihe bietet eine ganz auffallende Streuung von 20 bis 2300 σ, bei der 2. Reihe liegt sie zwischen 38—1040 σ, bei der 3. zwischen 106 und 822 σ; dementsprechend sinkt das Stellungsmittel von 932 auf 525 und 408 σ, die mittlere Variation von 423 auf 264 und 132, endlich die Zahl der vorzeitigen Reaktionen von 6 auf 5 und 3. Allgemein gilt die Streuung als Maßstab der Aufmerksamkeit, und wir sehen in den erwähnten Werten den Ausdruck einer erschwerten Einstellung A.'s auf die verlangte Aufgabe. Diese ist offenbar erschwert, einmal durch eine psychomotorische Übererregbarkeit: hierfür sprechen die vorzeitigen Reaktionen und die Werte bis ca. 200 σ, zweitens durch die Störung der Auffassung: hierfür sprechen die exzessiv verlängerten Zeiten. In der zweiten Reihe scharen sich denn auch die Zeiten deutlich um einen Wert für die muskuläre Reaktion bei ca. 300 σ, sowie um einen zweiten für die sensorielle bei ca. 800 σ. In der dritten Reihe nähern sich beide Gruppen und vereinen sich auf eine Mitte bei ca. 400 σ, ein Wert, der im Vergleich zu dem Befund an psychisch freien Tagen als deutlich unter den Durchschnittzeiten gelegen anzusehen ist. Somit bleibt auch bei der langsam erfolgenden Einstellung A.s auf die Aufgabe die psychomotorische Übererregbarkeit deutlich bestehen. Bezeichnenderweise setzten die durch diese bedingten vorzeitigen und abnorm kurzen Reaktionen, die als „Hirnreflex" aufzufassen sind, A. selbst in Staunen und eine gewisse Ratlosigkeit. Er gibt auf Befragen an: „Ich muß so arg aufpassen, ich verkomme (= vergreife mich) als, ich weiß nicht, wie ich's machen soll, es kommt als mal in die Finger, es gibt mir als so einen Ruck in den Finger, dann geht's hinab, ohne daß ich will, ehe ich ganz darauf bin."

Im Vergleich zur klinischen Beobachtung ist dies Ergebnis nicht weniger überraschend: A. erschien, sich selbst überlassen, stets langsam, gehemmt in allen seinen Bewegungen, er vermied alle unnötige Anstrengung und zeigte bis auf Verlegenheitsbewegungen bei den Explorationen keinerlei Zeichen von Erregbarkeit. Das Experiment hat somit eine latente Disposition, eine vorhandene Erregbarkeit in Erscheinung treten lassen, die erst gegenüber einer bestimmten Anforderung, einer bestimmten Aufgabe hervortritt. Dies Verhalten wurzelt in der ganzen Anlage A.s (s. u.) und steht in völligem Einklange mit den früher von mir beschriebenen psychotischen Zuständen bei Epileptikern; auch *Groß*[5]) fand bei verstimmten Epileptikern nicht selten neben der Hemmung Zeichen motorischer Erregung, und *Serog*[6]) konnte ähnliche Zustände bei Epileptikern durch Alkohol auslösen. In letzter Linie dürften neben den primär psychomotorischen Reizerscheinungen im somatopsychischen Reflexbogen wesentlich auch

solche im sensiblen Anteil die Störung der „Einstellung“ verursachen: Sensationen und Spannungsgefühle, wie wir sie bei Epileptikern namentlich im Affekt der Erwartung, für den sie meist intolerant sind, häufig beobachten.

Die genaue Charakterisierung der Verstimmungen A.s im Verein mit der exprimentellen Analyse stimmen in allen wesentlichen Punkten mit dem Befund bei S., dem verstimmten Krampfepileptiker, überein: periodische endogene Verstimmungen mit paranoischen Episoden, mit spezifischen nervösen Begleiterscheinungen, mit starker Auffassungs- und Merkstörung, Erschwerung des Denkens und der Assoziation, psychomotorischer Hemmung in Verbindung mit Übererregbarkeit.

Wir wenden uns nun der psychopathischen Grundlage dieser Verstimmungen, dem Habitualzustand A.s, zu.

A. wurde in psychisch freiem Zustande vor seiner ersten Entlassung und während seines zweiten Aufenthaltes mehrfach untersucht. Die Nachuntersuchung mit den *Heilbronner*schen Bildchen, an die A. sich nicht mehr erinnert, ist S. 595—7 angegeben: Die Erkennung der Bilder und der Einzelheiten geschieht am 12. 1. 1910 zögernd, unsicher (Kirche 2, 6, 7, 8, Kanone 2) und tritt oft auffallend spät ein (für Kanone erst beim zweiten, für Uhr und Schiebkarren erst beim vierten Bild). Dies änderte sich auch nicht bei einer weiteren Untersuchung am 25. 4. 1910. Dem entspricht, daß auch das Benennen einfacher Bilder, die mit *Sommers* Spiegelapparat exponiert wurden, wobei A. mit dem *Roemer*schen Schallschlüssel reagierte, entschieden erschwert war; so ist das wahrscheinliche Mittel von 36 Benennungen 1650 σ, allerdings mit einer mittleren Variation von 932. Nur ein Fünftel der Benennungen liegt unter dem von *Bostroem*[7] gefundenen Durchschnittswert von 1200 σ, die Auffassung ist somit sicher als erschwert zu betrachten, und zwar weist die große Schwankung innerhalb der Verlängerung darauf hin, daß sich A. auf die verschiedenen Bilder verschieden rasch einstellt infolge einer Herabsetzung der „Liquidität“ der Vorstellungen, wie sie *Ziehen* und *Fuhrmann* bei Epileptikern fanden. Ob die von *Gregor*[8] bei Epileptikern konstatierte Erschwerung der Wortfindung für die begrifflich bereits erfaßten Objekte in Betracht zu ziehen ist, kann ich nicht entscheiden, da mir kein Taktistoskop zur Verfügung stand. Versuche mit Ab-



lesen von Worten ergaben sehr lange Zeiten (bei je 30 Versuchen 1948 σ und 2442 σ mit starker Streuung und vielen Verlesungen), doch stellte sich nachträglich heraus, daß A. die lateinische Schrift wenig geläufig ist. Ausdrücklich erwähne ich, daß eine Aufmerksamkeitstörung nach den einfachen Reaktionsversuchen (s. u.) auszuschließen ist. Im Gegensatz zu dieser Schwerfälligkeit der Auffassung war, wie mehrfach festgestellt wurde, die Merkfähigkeit für optische und akustische Eindrücke intakt.

Der in der Verstimmung angestellte Assoziationsversuch wurde zunächst am 18. Januar 1910 mit demselben Reizwortregister wiederholt. Dabei ist die Reaktionzeit mit 3 Sekunden im Vergleich zu der des gesunden ungebildeten Mannes (nach *Jung* = 1,8) wesentlich verlängert. In 46 % wird anstatt mit einem einzigen Wort, der durchgängigen Reaktionsform in der Verstimmung, in Satzform reagiert, und zwar bestanden 33 % aller Assoziationen in Sätzen, welche das Reizwort ein- oder mehreremal enthielten und im Sinn einer Erklärung oder eines Beispieles gehalten waren, besonders beliebt waren dabei die Reaktionen wie „Traum" — „der Mensch träumt". 20 % aller Reaktionen bestanden in Wiederholung schon benutzter Reaktionsworte. Die Versager („ich weiß nichts") sind von 20 % in der Verstimmung auf 2 % gesunken. Vorhergegangene Reizworte werden seltener wiederholt. Die Nachdauer der Gefühlseinflüsse in Form postkritischer Reaktionsverlängerungen ließ sich auch jetzt nachweisen. Besonders deutlich war dieser Einfluß bei der Wiederholung des Versuches vom 25. April d. Js., als A. unmittelbar nach der Messerverletzung der Frau und der zweiten Brandstiftung eingeliefert wurden. So in folgenden Beispielen:

| | 18. 1. 1910. | Sekund. | 25. 4. 1910. | Sekund. |
|---|---|---|---|---|
| **Messer** | Gabel | 1,2 | schneiden | 1,6 |
| Wählen | Wahl | 2,0 | **bei der Wahl** | **4,6** |
| Soldat | Gewehr | 2,0 | kämpfen | **8,8** |
| ferner | | | | |
| **anzünden** | Feuer anzünden | 3,4 | Licht | 2,6 |
| Kaffee | trinken | 2,8 | **essen** | **4,4** |
| endlich | | | | |
| **Mörder** | zu Tode | 5,2 | gestraft | 6,6 |
| überall | Gott | **7,7** | **überall ist Luft** | 14,6 |





Die Reaktionzeit war bei der zweiten Wiederholung infolge dieser vermehrten emotiven Einflüsse von 3 auf 4 Sek. gestiegen.

Um den Einfluß etwaiger früher gestifteten Assoziationen möglichst auszuschalten, wurde ein Versuch mit dem *Sommer*schen Assoziationschema angestellt. Die Reaktionzeit war im wahrscheinlichen Mittel 4,0 Sek., die mittlere Variation 1,9. Die abnorme Verlängerung gestaltet sich also ohne den Einfluß der Wiederholung noch größer. 23 % aller Reaktionen hatte Satzform, bei 13 % war das Reizwort ein- oder mehreremal in dem beispielartigen Satze enthalten. Diese Reaktionsweise konzentriert sich vorwiegend auf die Abteilung III des Schemas mit den abstrakten Reizworten. 33 % aller Reaktionen sind Wiederholungen schon benutzter Reaktionsworte, 7 % solcher vorausgegangener Reizworte, endlich wurde 1 % Versager gezählt. Bei Abschnitt III treten neben den beispielartigen Sätzen ähnliche monoton-allgemeine Reaktionen in großer Anzahl auf, wie z. B. Zorn — der Mensch, Not — des Menschen Not, Erkenntnis — der Mensch, Wille — der Mensch. Ferner finden sich egozentrische Reaktionen: Bewußtsein — ich bin bei Bewußtsein, Erinnerung — ich kann mich erinnern, Traum — ich habe geträumt. Ob nicht auch anderen, namentlich gefühlsbetonten Reaktionen egozentrischer Charakter zuzuschreiben ist, läßt sich nicht sicher entscheiden, wenn ich dies auch für ziemlich wahrscheinlich halte, z. B. Gesundheit — ist gut, Liebe — Kind, Verstand — ist gut, Gedächtnis — ist gut. Jedenfalls sind derartige gefühlvolle Beziehungen mit den verlangsamten Zeiten ebenso beachtenswert, wie die moralisierenden (z. B. Denken — der Mensch soll denken, Sitte — ist gut, Ordnung — schön) und umständlichen Reaktionen mit dem Bestreben, möglichst vollständig zu reagieren (z. B. heiß — der Tag, das Wasser ist heiß, duftig — Baum, im Winter ist's duftig, bitter — die Frucht, der Apfel ist bitter, Magen — verdauen, der Magen tut verdauen die Speise, Unglück — einfallen, ausbrechen, Gedächtnis — stark, groß das Gedächtnis ist gut).

Zusammenfassend läßt sich sagen: die Verlangsamung der Assoziation, die Einschränkung des Vorstellungschatzes, wie sie sich in den Wiederholungserscheinungen ausdrückt, die Definitions- und Erklärungstendenz, die Neigung zur Satzbildung und die besonders große Eintönigkeit bei abstrakten Reizworten lassen mit Bestimmt-







## Reaktions- und Wahlreaktions-Zeiten in tausendstel Sekunden.

| Datum | | Zahl der Reaktionen | wahrsch. Mittel' | mittlere Variation | Vor Reaktion | 1–50 | 51–100 | 101–150 | 151–200 | 201–250 | 251–300 | 301–350 | 351–400 | 401–450 | 451–500 | 501–550 | 551–600 | 601–650 | 651–700 | 701–750 | 751–800 | 801–850 | 851–900 | 901–950 | 951–1000 | 1001–1050 | 1051–1100 | 1101–1150 | 1151–1200 | 1201–1250 | 1251–1300 | 1301–1350 | 1351–2300 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27. 8. 09 | A. | 29 | 932 | 423 | 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | — | 1 | 3 | — | — | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 2 30 | A. | 32 | 525 | 264 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| | A. | 32 | 408 | 132 | 3 | — | — | 1 | 1 | — | 3 | 3 | **8** | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 17. 1. 10 | A. | 31 | 581 | 129 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 2 | 2 | **5** | **5** | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 20 | A. | 31 | 581 | 67 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 3 | 3 | **10** | 6 | 4 | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| + 4 30 | A. | 31 | 631 | 79 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 4 | 6 | **7** | 5 | 5 | — | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | A. | 31 | 670 | 97 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | **6** | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 2 | 1 | — | **1** | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 6 30 | A. | 30 | 716 | 80 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 5 | 6 | 3 | **9** | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | A. | 29 | 660 | 80 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | 4 | **6** | 5 | **6** | 4 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 25. 4. 10 | A. | 31 | 586 | 65 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 2 | 7 | 7 | **8** | 3 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 5 | A. | 30 | 571 | 85 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | **7** | 3 | 6 | 3 | **7** | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 4 00 | B. | 34 | 515 | 69 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 5 | **7** | **8** | 7 | 4 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | B. | 35 | 476 | 76 | — | — | — | — | — | — | 2 | 3 | 3 | 5 | **7** | **7** | 5 | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 26. 4. 10 | A. | 28 | 598 | 77 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 3 | 1 | **10** | 3 | 6 | 2 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 15 | A. | 28 | 590 | 73 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 7 | **8** | 3 | — | 5 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 40 | B. | 34 | 440 | 93 | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 4 | 5 | **10** | 5 | 4 | 1 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| + 4 45 | A. | 31 | 611 | 83 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | 5 | 6 | **7** | 4 | 3 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | A. | 31 | 621 | 84 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 2 | 2 | **8** | 4 | 7 | 3 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | B. | 33 | 458 | 64 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 4 | **10** | 7 | 6 | 1 | 2 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 6 50 | A. | 34 | 585 | 75 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 5 | 8 | 3 | **9** | 2 | 3 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | A. | 32 | 532 | 86 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 2 | 4 | **8** | 5 | 4 | 3 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | B. | 31 | 471 | 121 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 2 | 2 | **7** | 5 | 1 | 5 | 3 | 2 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

(A = Einfache Reaktion, B = Wahlreaktion, + = 30 ccm Alkohol.)

heit bei A. auf einen mäßigen Grad angeborener intellektueller Minderwertigkeit (Debilität) schließen. Hierzu kommen nun noch einige beachtenswerte Züge: eine deutliche, wenn auch nicht sehr hochgradige Neigung zu eingehender Vervollständigung sowie zu egozentrischer Reaktionsform, ferner die zahlreichen gefühlvollen Beziehungen und die ausgesprochene postkritische Nachdauer der emotiven Einflüsse — alles Momente, wie sie *Jung*[9] neben den für die Debilität angeführten Kriterien in ausgesprochener Weise bei einem Fall von Epilepsie beschrieben hat.

Das Ergebnis des Experiments deckt sich vollkommen mit dem übrigen Befund bei A.: wie oben erwähnt, wurde in der freien Zeit ein mäßiger Grad angeborenen Schwachsinns bei ihm festgestellt. Die Schulkenntnisse sind gering, das geographische, politische, berufliche Wissen lückenhaft, zudem lernte er in der Schule schwer; dabei darf nicht übersehen werden, daß er infolge unregelmäßigen Schulbesuchs wegen Beschäftigung im Haus und auf der Weide nicht die volle übliche Ausbildung erhalten hat.

Andererseits ist die epileptische Konstitution A.s durch die spezifisch neurotischen und psychotischen Erscheinungen ja zur Genüge erwiesen. Naturgemäß dürfen jene Besonderheiten des Assoziationsexperimentes, welche die fortgeschrittene epileptische Demenz wiederspiegeln, (hochgradige Umständlichkeit, überwuchernde gefühlvolle und egozentrische Tendenz) da nicht in vollem Umfange erwartet werden, wo die epileptische Konstitution nicht bzw. noch nicht zu der epileptischen Demenz geführt hat. Gerade viele Fälle psychischer Epilepsie führen überhaupt nicht zu einer gröberen Demenz, und gerade für die leichtesten Fälle scheint mir der Zweifel von *Rittershaus*[10] sehr am Platze, ob sie sich überhaupt im Assoziationsversuche erkennen lassen werden.

| Datum | Zahl der einfachen Reaktionsversuche | wahrsch. Mittel | mittlere Variation |
|---|---|---|---|
| 17. 1. 1910 | 31 | 581 σ | 129 |
| | 31 | 581 | 67 |
| 25. 4. 1910 | 31 | 586 | 65 |
| | 30 | 571 | 85 |
| 26. 4. 1910 | 28 | 598 | 77 |
| | 28 | 590 | 73 |






Schließlich erwähne ich die bei A. in der freien Zeit angestellten einfachen Reaktionsversuche, die in der oben beschriebenen Weise angestellt wurden.

Ein Vergleich mit den Reaktionzeiten Gesunder, wie sie hier in Übereinstimmung mit der *Sommer*schen Schule beobachtet wurden (die Tabelle S. 605 kann unmittelbar mit denen in *Sommers* Klinik[11]) verglichen werden), ergibt eine unzweifelhafte Verlängerung der einfachen Reaktionzeiten bei A. Am 17. Januar 1909 ist eine allmähliche Einstellung A.s auf die Anforderung des Versuches an der allmählich abnehmenden Streuung zu bemerken. Vorübergehend tritt am 25. April eine Scheidung in zwei Gruppen von Werten ein, die der muskulären und sensoriellen Reaktionsweise entsprechen.

Bei den Wahlreaktionen diente der *Roemer*sche Schallschlüssel als Reizapparat: nach vorangegangener Ankündigung hatte A. auf den Reiz „ha" mit der rechten Hand, auf „hu" mit der linken Hand einen der beiden Morsetaster niederzudrücken.

| Datum | Zahl der Versuche | wahrscheinl. Mittel | mittlere Variation |
|---|---|---|---|
| 25. 4. 1910 | 34 | 515 | 69 |
| | 35 | 476 | 76 |
| 26. 4. | 34 | 440 | 93 |

Die Wahlreaktionen sind gleichfalls abnorm verlängert, die Einstellung zeigt sich im Übungseinfluß, die Reaktionen werden kürzer, und zwar auf Kosten der Gleichmäßigkeit der Leistung.

Nach den allgemeinen klinischen und experimentellen Erfahrungen ist diese Verlangsamung der Reaktionen als Ausdruck einer allgemeinen geistigen Schwerfälligkeit bei Debilen bzw. Imbezillen nicht selten. Wie erwähnt, ist die Auffassung A.s etwas erschwert, die Assoziation verlangsamt, und nach dem klinischen Verhalten A.s, seiner Langsamkeit und geringen motorischen Initiative, ist neben psychosensorischer und intrapsychischer Schwerfälligkeit auch eine solche auf motorischem Gebiet anzunehmen.

Namentlich im Vergleich zu der deutlichen psychomotorischen Übererregbarkeit während der Verstimmung ist diese experimentelle



Bestätigung der klinischen Beobachtung von Bedeutung. Dies gilt in erhöhtem Maße von der Untersuchung bei der Wiederaufnahme; sie konnte feststellen, daß A. unmittelbar nach der zweiten Tat weder psychomotorisch erregbar noch gehemmt war, sondern durchaus das Verhalten wie bei der Entlassung zeigte. A. gehört demnach zu den epileptisch Veranlagten, welche im Normalzustand die sonst häufige manifeste psychomotorische Übererregbarkeit nicht besitzen.

Als Nebenbefund füge ich das Ergebnis zweier Alkoholversuche bei. Da der Alkoholmißbrauch und Intoleranz in A.s Anamnese eine Rolle spielt, lag die Frage nahe, ob eine latente psychomotorische Übererregbarkeit vielleicht durch Alkoholgaben „hervorgelockt" würde, wie dies *Serog*[6] in zwei Fällen gelungen ist.

Am 17. Januar 1910 wurden deshalb 30 ccm Alkohol in 3facher Verdünnung mit Sirupus simplex und einem Zimtzusatz in 10 Minuten einverleibt, am 26. April 1910 wurde dieser Versuch zum Vergleich im Hinblick auf die eben verübten Straftaten wiederholt. Beim ersten Versuch tritt unmittelbar nach der Alkoholaufnahme eine geringe Verzögerung der einfachen Reaktionzeiten auf, die sich nach 2 Stunden auf 23,4 % steigert, dann aber bei der 4. Versuchsreihe schon wieder etwas abklingt; dabei hat die Streuung nur unerheblich zugenommen. Beim 2. Versuch steigt die Verlangsamung der einfachen Reaktionzeiten nur auf 5,3 % in der 2. Versuchsreihe unmittelbar nach dem Versuch; beachtenswerter Weise tritt aber nach 2 Stunden eine Beschleunigung der Reaktion ein: zunächst machten sich zwei Gipfel, entsprechend der sensoriellen und der muskulären Reaktionsweise, geltend, und schließlich wird letztere vorherrschend, so daß im wahrscheinlichen Mittel zuletzt eine Beschleunigung von 9,8 % zustande kommt. Dagegen sind die Wahlreaktionen nach der Alkoholeinverleibung etwas, nach 2 Stunden deutlicher (um 7 %) verlängert, wobei die Streuung, welche bei den einfachen Reaktionen sich nicht wesentlich veränderte, ziemlich stark zunimmt (s. S. 604).

Beim ersten Versuch läßt sich somit eine pathologische Alkoholreaktion mit Sicherheit ausschließen, und dieses Ergebnis bestätigt die anamnestische Angabe, daß A. im Normalzustand nicht alkoholintolerant war. Beim zweiten Versuch am 26. April fällt die nicht sehr ausgiebige, aber unverkennbare Beschleunigung der einfachen Reaktion 2 Stunden nach der Alkoholeinverleibung auf. Zweifellos hat dieser Befund nichts mit der initialen Beschleunigung zu tun, die *Kraepelin*[12] nach Gaben, wie wir sie anwandten, beobachtet hat; diese trat nur während der

ersten halben Stunde der Alkoholwirkung in Erscheinung, um dann einer Verlangsamung zu weichen. Vielmehr sehen wir in Übereinstimmung mit *Serogs* Auffassung in dieser Spät-Beschleunigung die epileptische Alkoholreaktion — wenn auch in unserem Falle nur angedeutet. Es läßt sich somit in der Tat beim Vergleich beider Alkoholversuche annehmen, daß A. am 26. April im Gegensatz zur früheren Untersuchung eine größere Empfindlichkeit gegen Alkohol besaß, bzw. daß jetzt dieselbe geringe Alkoholgabe genügte, um im Gegensatz zu früher eine latente psychomotorische Übererregbarkeit manifest werden zu lassen.

Im Anschluß hieran sei erwähnt, daß die Untersuchung des Patellarreflexes mit Ausbalancierung des Unterschenkels nach *Sommer* stets dasselbe Kurvenbild im Habitualzustande ergab: die Reflexe sind gehemmt, und die Kurven zeigen das Bild der Niveausteigerung (s. Tafel IV), d. h. der Unterschenkel wird nach Ablauf der Reflexbewegung nicht in die Ausgangstellung zurückgebracht, sondern verharrt in leicht gehobener Haltung. *Sommer* führt diese Erscheinung auf „eine abnorm lange zerebrale Nachwirkung in Gestalt einer unbewußten zerebralen Arbeitleistung“ zurück. Zweifellos ist sie die Äußerung einer erhöhten Reizbarkeit.

Bezeichnender Weise verändert sich diese Kurve unter Alkoholwirkung (120 ccm Alkohol), und zwar noch 3 Stunden nach der Einverleibung in typischer Weise (s. Kurve 2): neben der Verlangsamung des Reflexes, die sich in den verbreiterten Gipfeln zeigt, erscheinen deutliche „Nachpendelungen“, d. h. der Unterschenkel macht nach dem eigentlichen ersten Ausschlag noch mehrere Pendelbewegungen. *Sommer* führt diese Annäherung der physiologischen Kurve an die mechanische Pendelkurve auf eine Ausschaltung bzw. Verminderung der zerebralen Hemmung zurück, und wir können auf Grund eigener Beobachtungen das Vorkommen dieser Erscheinung besonders in epileptischen, epileptoiden und hysterischen Zuständen und namentlich bei epileptischer Alkoholreaktion bestätigen. Die Untersuchung des Kniephänomens ergibt also das stete Vorhandensein eines gewissen latenten Reizzustandes in Gestalt von Reflexhemmung und Niveausteigerung für den Habitualzustand, und zweitens die Neigung zur Ausschaltung zerebraler Hemmungen unter Alkoholwirkung. Dabei ist



noch die Differenz der Patellarreflexe zu bemerken: für gewöhnlich ergaben beide Reflexe rechts und links dasselbe Bild, unter Alkoholwirkung entstehen differente Kurven: der Ausfall der Hemmung macht sich links stärker bemerkbar, die Nachpendelungen sind deutlicher, der Ablauf weniger stark verlangsamt wie rechts (die Gipfel weniger verbreitert). Sollte es sich weiter bestätigen, daß wir im Alkoholversuch ein Mittel hätten, um latente, geringfügige Reflexdifferenzen nachzuweisen, so wäre dies höchst wertvoll; mit *Vogt*[14] fahnden wir in jedem Falle von Epilepsie nach Herdsymptomen, die uns den Weg zur etwaigen Lokalisierung des krankhaften Hirnprozesses zeigen könnten.

Endlich führe ich eine Zitterkurve A.s an (s. Tafel III); die Zitterbewegungen sind in 3 Dimensionen nach *Sommer* registriert und 2½ fach vergrößert. Für gewöhnlich zeigte A. keinen Tremor, dagegen erschien eine solcher bei stärkerer Arbeitleistung. Die wiedergegebene Kurve wurde nach Arbeit am Ergograph aufgenommen. Sie zeigt sehr deutlich die intermittierenden Oszillationen, wie sie *von Leupoldt*[13] bei Epileptischen fand. Diese Erscheinung ist ein weiterer Beweis für die latent vorhandene nervöse Erregbarkeit der psychophysischen Anlage A.s, die erst auf bestimmte Reizeinwirkungen in Erscheinung tritt.

Die experimentelle Analyse von A.s Habitualzustand läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: verminderte Ansprechbarkeit, Schwerfälligkeit der Auffassung, Einförmigkeit und Trägheit der Assoziation, psychomotorische Verlangsamung, ferner verzögerte, aber besonders nachhaltige Gefühlsreaktion, außerdem beständig Anzeichen eines gewissen motorischen Reizzustandes (Patellarreflex), der bei stärkerer Inanspruchnahme deutlicher hervortritt (Zittern); die psychomotorische Verlangsamung verbindet sich häufig mit einer oft nur latenten psychomotorischen Übererregbarkeit, die aus ihrer bald größeren, bald geringeren Latenz heraus besonders leicht durch Alkoholgaben manifest gemacht werden kann, der Alkohol bewirkt zudem eine Steigerung



der Reflexerregbarkeit im Sinne einer Ausschaltung der zerebralen Hemmungen.

Dieser Befund wird durch die sonstige Charakteristik A.s teils bestätigt, teils weiter ergänzt: A. lebte von jeher für sich, war im Umgang mit anderen schwerfällig, unzugänglich, konnte sich nicht anschließen, hatte keine Freunde, so galt er als Sonderling; dabei besorgte er seine Landwirtschaft richtig und wirtschaftete sparsam, immer folgte er eigensinnig nur seinem eigenen Kopf und war gegen andere mißtrauisch. Das Gefühlsleben ist lebhaft entwickelt, die Sexualität stark gesteigert. Doch äußerte er in seiner verschlossenen, absonderlichen Art selten, was ihn bewegte. Sobald jedoch die mehr oder weniger latente psychomotorische Erregbarkeit eintritt, führen alle Affekte zur explosiven Entäußerung, und die angesammelte Spannung entlädt sich in heftigem Schimpfen, Streitereien und Gewalttätigkeit. Von nervösen Begleiterscheinungen sind Absencen und namentlich Schwindelanfälle und gelegentliche Sensationen zu erwähnen.

Diesen Habitualzustand A.s bezeichnen wir als epileptische Anlage und sehen in ihm eine besondere Form der angeborenen neuro-psychopathischen Konstitution, eine psychophysische Anlage, die in spezifischer Weise auf die Reize der Umgebung reagiert und den Grundtypus des ganzen Lebens bestimmt.

Dieser spezifische Reaktionstypus äußert sich auch in der Färbung der interkurrenten Verstimmungen sehr deutlich. Die Depression steigert die vorhandene psychosensorische und intrapsychische Schwerfälligkeit außerordentlich, das Mißtrauen wird zum paranoischen Wahn, neben der psychomotorischen Erschwerung erscheint die psychomotorische Übererregbarkeit und Reizbarkeit, das bezeichnendste Merkmal dieser psycho-physischen Anlage; der Alkohol, zu dem es den Kranken dann unwiderstehlich treibt, setzt die vorher schon beeinträchtigte Auffassung weiter herab und steigert die Erregbarkeit ins Ungemessene; so kommt es zu brutalen Gewalttaten bei Bewußtseinsverdunklung mit nachfolgender Amnesie. Die Psychose stellt sich somit als akute Steigerung der zugrunde liegenden spezifischen psycho-physischen An-



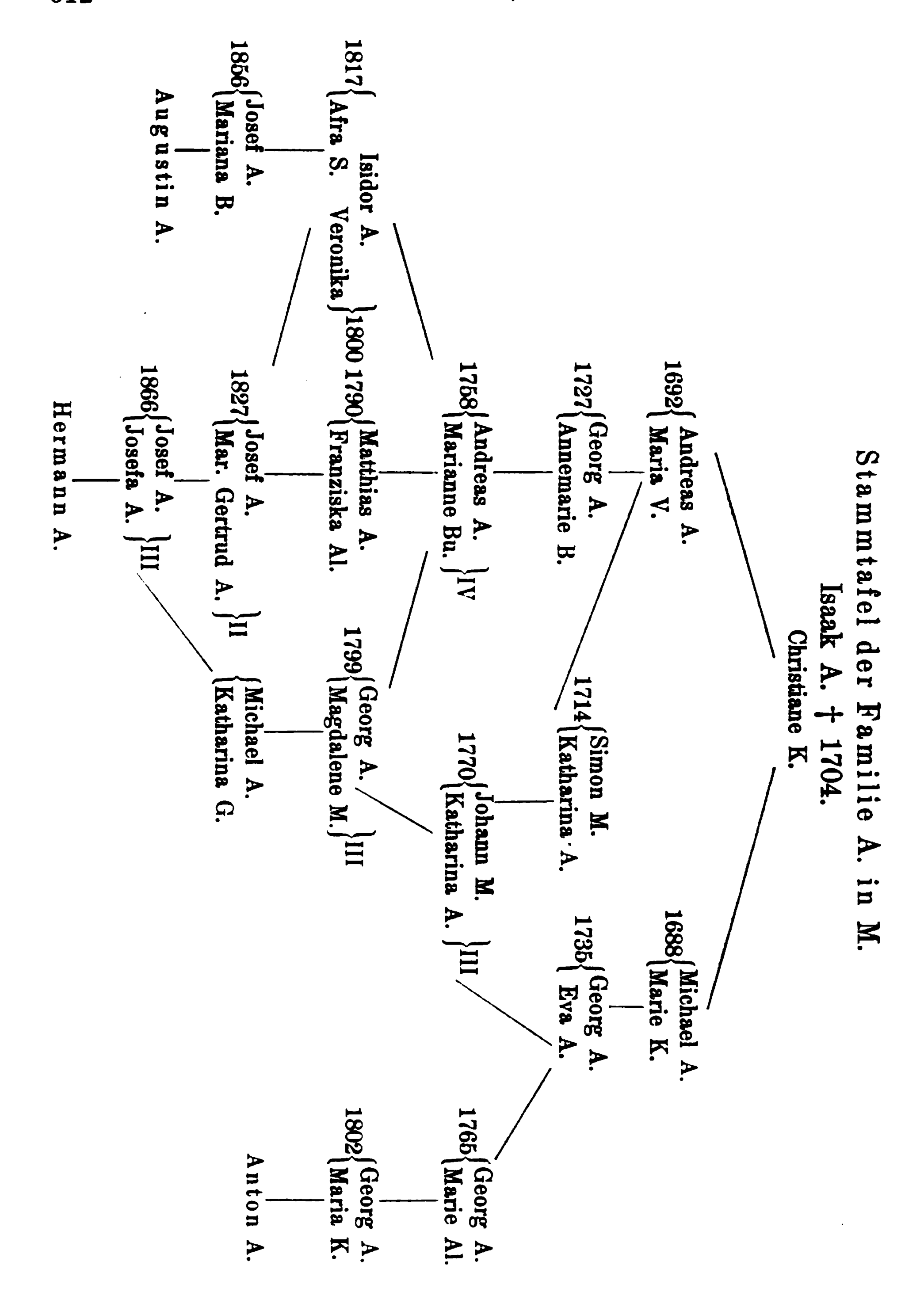
lage dar, wie *Sommer*[15] es ausdrückt, als „die gesteigerte Form eines das ganze Leben beherrschenden Grundtypus". In analoger Weise sind die zahlreichen inpulsiven Akte und Affekthandlungen als explosive Reaktionen der spezifischen Konstitution zu verstehen.

Ihre ausschlaggebende Bedeutung für das ganze Lebenschicksal des Betroffenen läßt sich gerade bei Augustin A. gut verfolgen. Ein geordneter, fleißiger Mensch, gerät er in pathologischen Rauschzuständen mehrfach mit dem Gesetz in Konflikt. Die Ehefrau, die er lediglich des unehelichen Kindes wegen und gezwungen heiratet, versteht seine „Launenhaftigkeit" nicht, und seine krankhaften Verstimmungzustände werden so zur Quelle ständigen häuslichen Haders. Seine gesteigerte Sexualität treibt ihn zu unsittlichen Verfehlungen gegen die Schwägerinnen. In einem verstimmten Zustande faßt er im Ärger und unter Alkoholwirkung den verzweifelten Entschluß, den Hof, an dessen Abzahlung er seine ganze Kraft gesetzt hatte, für immer zu verlassen; er vernichtet die mühsam gepflegte Obstkultur und steckt sein Haus in Brand. Nach längerem Anstaltaufenthalt beginnt er den Hof wieder aufzubauen, aber er wird unter Alkoholwirkung wieder impulsiv, verletzt die Frau gefährlich und zündet den letzten Schober an: so schneidet er sich selbst die Möglichkeit ab, wieder in Ordnung und dauernd zu seiner Familie zurückzukommen.

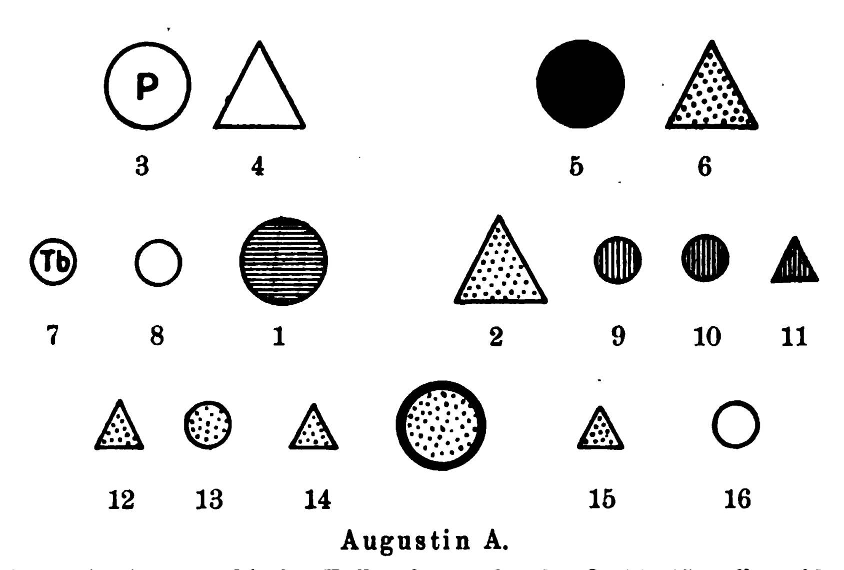
In der Sinnlosigkeit, mit der er blind gegen sein eigenstes Interesse wütet und sich für immer schädigt, zeigt sich sehr deutlich der krankhafte Charakter seines Handelns.

Wir suchen nun nach der familiengeschichtlichen Wurzel dieser verhängnisvollen konstitutionellen Anlage, für die ein exogener ursächlicher Faktor nicht in Betracht kommt. Bemerkenswerter Weise werden wir hierbei öfters auf scheinbar „Gesunde" stoßen, die als charakterologische Eigentümlichkeit eine starke motorische Erregbarkeit, eine auffallende Neigung zum Eigensinn, zum Jähzorn und zu Gewalttätigkeiten, häufig auch zu sexueller Übererregbarkeit sowie zu periodischer, seltener zu chronischer Trunksucht aufweisen. Diese Charakteranlage entspricht der epileptischen Anlage innerhalb der physiologischen Breite der Norm, sie hebt sich aber so bezeichnend in dieser ihrer nahen charakterologischen Verwandtschaft zur epileptischen Konstitution heraus, daß




Stammtafel der Familie A. in M.
Isaak A. † 1704.
Christiane K.
1692 Andreas A.
Maria V.
1688 Michael A.
Marie K.
1727 Georg A.
Annemarie B.
1714 Simon M.
Katharina A.
1735 Georg A.
Eva A.
1758 Andreas A.
Marianne Bu. IV
1770 Johann M.
Katharina A. III
1765 Georg A.
Marie Al.
1790 Matthias A.
Franziska Al.
1799 Georg A.
Magdalene M. III
1802 Georg A.
Maria K.
1817 Isidor A.
Afra S.
1800 Veronika
1827 Josef A.
Mar. Gertrud A. II
Michael A.
Katharina G.
Anton A.
1856 Josef A.
Mariana B.
1866 Josef A.
Josefa A. III
Augustin A.
Hermann A.

ich in dem Schema ihre Träger als Epileptoide besonders kennzeichnen werde. Mangels ärztlicher Angaben läßt sich öfters nicht entscheiden, ob bei ihnen nicht doch eine wirkliche epileptische Anlage oder eine psychische Epilepsie leichteren Grades vorliegt.




Augustin A.

Augustin A = psychische Epilepsie; 2, 6, 12, 13, 14, 15 epileptoid; 5 Krampfepilepsie; 9, 10, 11 senile Demenz; 1 charakterologisch eigenartig.

Wir gehen von den Familienverhältnissen des bisher geschilderten Kranken Augustin A. aus und betrachten dann die Verhältnisse der weiteren Blutverwandtschaft. Abgesehen von den 2 Krankheitgeschichten unseres Anstaltsarchives verwerten wir hierbei besonders die anläßlich des gerichtlichen Gutachtens angestellten Erhebungen, ferner die an Ort und Stelle persönlich eingezogenen Erkundigungen. Außerdem wurden uns in entgegenkommender Weise die Kirchenbücher zur Verfügung gestellt. Wenn das Ergebnis der Nachforschungen zwar die ideale Vollständigkeit nicht aufweisen kann, deren Schwierigkeit jeder kennt, der sich mit derartigen Bemühungen befaßt hat, so glaube ich doch, daß sie für den Nachweis einer allgemeineren Familieneigenschaft hinreichen. Ich schicke voraus, daß der Wohnsitz der Verwandtschaft, ein kleines Schwarzwalddorf, wesentlich aus verschiedenen zerstreut liegenden Höfen besteht; die Bevölkerung findet in Landwirtschaft und namentlich in Viehzucht ihren Unterhalt und befindet sich in ihrer Weltabgeschiedenheit seit vielen Generationen unter konstanten äußeren Bedingungen. Die Familienbeziehungen und persönlichen Verhältnisse sind daher relativ einfach, übersichtlich und dank der verständnisvollen Unterstützung des Geistlichen leicht zugänglich.

Wir beginnen mit den Erblichkeitsverhältnissen Augustin A.'s, des bisher beschriebenen Kranken. (Schema S. 613.)

1. Der Vater Josef A. war immer für sich, versteckte sich vor Fremden, brachte sich der Frau gegenüber nicht zur Geltung; einmal wegen groben Unfugs mit Haft bestraft, später senil dement.

2. Die Mutter Anne Marie B.: nach außen verschlossen, für sich, verkehrte mit niemand, versteckte sich vor Fremden, „absonderlich", „zu Hause ein Dämon", „eine Xantippe", eigensinnig, rechthaberisch, „rabiatisch", jähzornig im höchsten Grade, schlug den Mann, hielt die Kinder von Schule und Kirche ab; stachelte den Sohn gegen die Frau auf.

3. Isidor A. trank gern, wurde 74 Jahre alt.

4. Afra S. nichts Auffallendes zu eruieren.

5. Franz B. litt an epileptischen Anfällen, die im Mannesalter auftraten, fiel dabei oft beim Essen, in der Kirche etc. zu Boden, dabei selbstbewußt, rechthaberisch, eingebildetes Benehmen, lebte für sich, ging wenig unter die Leute, später schwachsinnig.

6. Franziska Bu., gescheit, aber hitzig und sehr erregbar.

Augustin A. stammt somit von einem charakterologisch eigenartigen Vater und einer ausgesprochen epileptoiden Mutter, von einem trunksüchtigen Großvater väterlicherseits und einem epileptischen Großvater, sowie einer epileptoiden Großmutter mütterlicherseits ab. Es erscheint besonders beachtenswert, daß somit Krampfepilepsie, epileptoide Anlage und psychische Epilepsie in einer Vererbungslinie liegen.

Die Mutter (2) hat offenbar durch das Zusammentreffen eines epileptischen Vaters und einer epileptoiden Mutter in dieser Richtung eine verstärkte Individualpotenz erhalten.

Für die Charakteristik der Familie sei noch folgendes erwähnt:

7. Xaver A. hinterlistig, knickerig, für sich, „einfältig", hat einen Sohn, der sich mit 15 Jahren erhängte,

8. Anton A. einen solchen, der ausgesprochen jähzornig und trunksüchtig und im Rausch sehr gewalttätig ist.

9. Anton B. war sehr selbstbewußt.

10. Joseph B. und

11. Theresia B. auffallend geizig, alle drei wurden schließlich senil dement.

Von den Geschwistern Augustins ist zu berichten:

12. Amalie A. „finster", eigensinnig, rechthaberisch, rasch, jähzornig, „allmählich vom Mann zurechtgebracht", läuft in der Aufregung oft fort oder legt sich oft verstimmt zu Bett, hat eine eigensinnige Tochter, die ihr gleicht.

13. Joseph A. gleicht Augustin auffallend: „etwas Besonderes", still, leutescheu, zu Hause sehr erregbar, periodisch Dipsoman und intolerant, unter Alkohol hochgradig rauflustig, streitsüchtig, heftig, gewalttätig, an den Markttagen besucht er zumeist nicht mit den anderen die belebtesten Wirtschaften der Nachbarstadt, sondern begibt sich in abgelegene, wo er sich betrinkt, und dann erst zu seinen Dorfgenossen, mit denen er alsbald „Krach" macht. Bekam im Heimatort keine Frau. Erzwang sich mit seinem heftigen Wesen ein Darlehn vom Bruder, das er nicht zurückzahlte.

14. Therese A. nach außen still, leutescheu, verkehrt nur mit Nachbarn, schließt sich nirgends an, zu Hause stark erregbar, hochgradig jähzornig, trinkt, hatte 4 uneheliche Kinder, auffallend unkirchlich, hält die Kinder von Kirche und Schule ab, legt sich oft unmotiviert zu Bett, hat eine hysterisch frömmelnde Tochter mit 2 unehelichen Kindern sowie zwei Söhne, die oft in Schlägereien verwickelt und sexuell sehr erregbar sind.

15. Afra A. auffallend erregbar, hochgradig jähzornig, dabei unkirchlich, geizig, 1 uneheliches Kind. Erregte sich bei einer der häufigen ehelichen Streitigkeiten derart, daß sie einen Zufall bekam und Arzt und Pfarrer geholt werden mußten.

16. Xaver gutmütig, verwachsen, starb mit 29 Jahren an einem Lungenleiden.

Augustin und seine sämtlichen 4 Geschwister gelten allgemein als rechthaberisch, eigensinnig, jähzornig und gewalttätig, „sie wissen im Jähzorn nimmer was sie tun und tragen allein die Schuld an den zahlreichen Ehezwistigkeiten, die jedes von ihnen mit den ruhigen und friedlichen Gatten immer hat". Von den 6 Kindern Augustins ähneln die 2 ältesten in ihrem verschlagenen, „heimtückischen", lauernden Wesen dem Vater, die drei jüngsten sind intellektuell zurückgeblieben, 1 ist rachitisch.

Augustin A. ist somit als das Glied einer ausgesprochen epileptoid veranlagten Generation mit vorwiegend neuro- und psychopathischer Deszendenz zu betrachten. Wie erwähnt, wird man für diese Konstanz in den Vererbungstendenzen zunächst die epileptoide Mutter, deren epileptischen Vater sowie deren epileptoide Mutter verantwortlich machen wollen. Offenbar ist ja auch aus der Verbindung 5 und 6 eine gewisse Konsolidierung der Individualpotenz der Mutter des Patienten zu erwarten. Inwieweit die väterliche Seite in Rechnung zu stellen ist, soll später erörtert werden.



Wir wenden uns vorerst einem früheren Patienten der Anstalt zu, einem Namensvetter Augustin A.s, Hermann A. aus M., und geben einen kurzen Abriß seiner Krankheitsgeschichte.

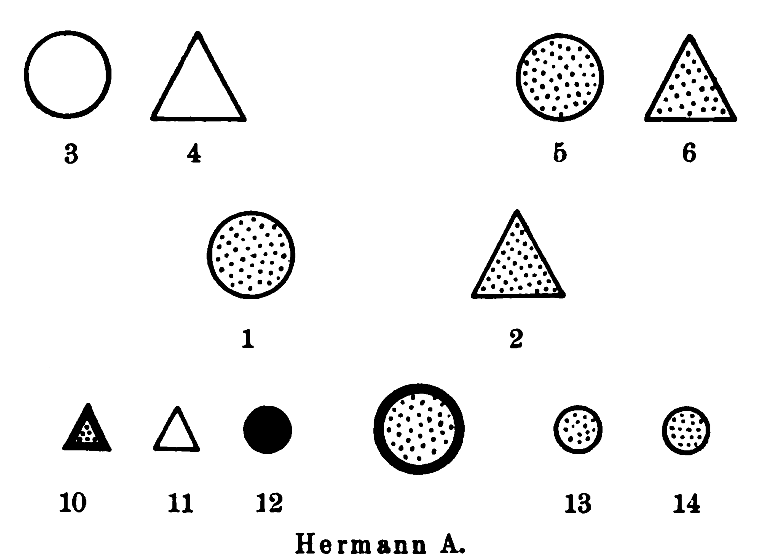
Hermann A., geb, 12. Mai 1868, körperlich schwächlich, lernte gut, meist fleißig, ruhig, aber leicht erregbar und zornig, „er behielt den Zorn mehr für sich", zurückgezogen, „sann viel vor sich hin", fromm, ging gern viel in die Kirche, las fromme Bücher, von jeher für Alkohol intolerant. War Küfer, dann Kellner, schließlich in der väterlichen Wirtschaft tätig. Seit Herbst 1902 periodische ängstliche Depressionen mit religiösem Kleinheitwahn, ausgesprochenen Beziehungs-, Verfolgungsideen, Schwindel, Fortlaufen und Alkoholexzessen. Im Anschluß an einen schweren Suizidversuch 1. Anstaltaufenthalt: 30. Mai bis 29. Juni 1893: traurige „schmerzliche" Verstimmung und deutliche Hemmung bei lebhaftem Krankheitgefühl und erhaltener Orientierung, Lebensüberdruß, wahnhafte Selbstvorwürfe, paranoische Ideen, Akoasmen, Photismen, Schlafstörung, im Halbschlaf („geschlafen und doch nicht geschlafen"), hypnagoge Visionen und Phoneme religiösen Inhalts. Periodisches Schwanken in der Intensität: berichtet von stärkeren Verstimmungen, die sich objektiv nur in stärkerer sprachlicher Hemmung, und über „plötzliche Augenblicke" gesteigerter Selbstvorwürfe und Selbstmordabsichten, die sich in ängstlich-halluzinatorischer Form äußern. Allmähliche Besserung. Seit 1898 und besonders seit Tod des Vaters und Geschäftsübernahme wieder deutlicher verstimmt. Blieb oft zu Bett, machte sich Sorgen und Selbstvorwürfe, wurde dabei erregt, schimpfte dann in paranoischer Weise, machte Selbstmordversuche und trank viel. 2. Anstaltaufenthalt 16. Januar 1900 bis 10. Juni 1901. A. litt wieder an Depression, Hemmung, Beziehungs-, Verfolgungsideen, Lebensüberdruß, Hyperakusie, Schlafstörung und ängstlichen Träumen, starkes Zittern der Hände; retrospektiv sagte er: „Ich bin oft verstimmt gewesen und zornig über die ganze Welt, ich bezog alles auf mich." Die ängstlich-halluzinatorischen Zustände traten deutlicher hervor. Allmähliche Besserung.

Zu Hause ärgerte er sich bald wieder viel, hatte Streitigkeiten und kaufte 1904 an einem anderen Ort ein Geschäft. Litt bald wieder öfters an „Heimweh", blieb dann oft viel zu Bett, ärgerte sich viel, war zeitweise verstimmt, schwermütig, „wunderlich, bei Widerspruch gleich aufgeregt", schlaflos, lebensüberdrüssig, mißtrauisch und paranoisch, trank, „um von Gedanken wegzukommen", und wird dann tobsüchtig. Deshalb 3. Anstaltsaufenthalt 25. September bis 6. November 1909: Depression, Hemmung, Verkennungen, Verfolgungsangst, heftig erregt, Vergiftungsideen, hypnagoge Halluzinationen, starker Lebensüberdruß, deutliches Krankheitsgefühl. Dabei gesteigerte Reflexe, Tremor,



Romberg. Nach periodischen Intensitätschwankungen allmähliche Besserung. Die Diagnose wurde auf periodische Verstimmung- und Erregungzustände epileptischen Charakters mit Dipsomanie gestellt.

In der Tat zeigt das ganze Bild eine große Übereinstimmung mit unserer Schilderung A.s: die häufig paranoisch-ängstliche Färbung der periodischen Verstimmungen, die Dipsomanie und Intoleranz bis zur Tobsucht, die Verbindung der psychomotorischen Hemmung mit Erregung, die neuropathischen Züge und die Art der Schlafstörung




Hermann A.

Hermann = psychische Epilepsie; 1, 2, 5, 6, 13, 14 epileptoid; 10 epileptoid mit periodischer Geisteskrankheit; 12 Krampfepileptiker.

fanden sich bei A. in analoger Weise. Ein Blick auf die Stammtafel (s. S. 612) zeigt, daß Augustin A mit Hermann A. im II./III. Grad verwandt ist; nach *Sommers* Bezeichnung ist A. II 1 = H. III 3. *Wir finden somit bei einem Blutverwandten* Augustins gleichfalls *eine ausgesprochene epileptische Psychose periodischen Charakters, eine deutliche psychische Epilepsie.* Dies spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für eine ähnliche Verlanlagung in der beiden gemeinsamen Blutverwandtschaft.

Betrachten wir zunächst Hermann A.'s engere Familie.

1. Josef A., Wirt, schlau, erfolgreicher Prozeßkrämer, frömmelnd, dabei erregbar, eigensinnig, jähzornig, einmal Geldstrafe wegen Beleidigung.





2. J o s e f a A. auffallend scheu, stets für sich, zurückgezogen, beschränkt, sehr erregbar und eigensinnig, streitsüchtig, „kam leicht aus dem Häuschen", jähzornig, Trinkerin.

3. J o s e f A. und

4. M a r i e G e r t r u d A. sollen sparsame und ruhige Leute gewesen sein.

5. M i c h a e l A. geizig, neugierig, dabei nervös, besonders leicht erregbar, jähzornig, später senil dement.

6. K a t h a r i n a G. nervös, gleichfalls erregbar und zum Jähzorn neigend.

7. M a t h i a s A. (s. S. 612) und

8. F r a n z i s k a A l. ohne nachweisbare Besonderheit.

9. I s i d o r A. trank gern.

Im übrigen bietet die 8er Ahnenreihe nichts nachweisbar Abnormes. Über die Verwandtenehen s. u.

H e r m a n n A. s t a m m t s o m i t v o n a u s g e s p r o c h e n e p i l e p t o i d e n E l t e r n, v o n e p i l e p t o i d e n G r o ß e l - t e r n m ü t t e r l i c h e r s e i t s u n d e i n e m t r u n k s ü c h t i g e n U r g r o ß v a t e r v ä t e r l i c h e r s e i t s. Wiederum scheint die mütterliche Seite die unheilvolle Mitgift eingebracht zu haben.

Wie steht's nun mit Hermann A.'s Geschwistern?

10. P a u l i n e A. lernte schwer, intellektuell minderwertig, hochgradig erregbar und eigensinnig, „man mußte sie dann machen lassen", lief in der Erregung öfters fort, trinkt, zweimal im Wochenbett psychotisch (Genaueres von der betr. Anstalt nicht zu erfahren), von 3 Kindern 2 schwachsinnig.

11. C a e c i l i e A. „verhältnismäßig normal", hat rachitische Kinder.

12. A l b e r t A. leidet von klein auf, namentlich aber seit der Pubertät, an ausgesprochener K r a m p f e p i l e p s i e, unreinlich, schwachsinnig, sehr reizbar und eigensinnig, trinkt, ist intolerant, gerät in halluzinatorische Erregungzustände, läuft dann zum Geistlichen, führt verwirrte Reden („ich muß zum Kaiser" etc.), oft religiösen Inhalts, seine Anstaltbedürftigkeit ist allgemein anerkannt.

13. K a r l A., Küfer, beschränkt, „eigener Kopf", exzentrisch, deshalb der Kinder Spott, sexuelle Übererregbarkeit, Gewohnheitstrinker, kommt in seinen Verhältnissen sehr zurück, stark erregbar, namentlich unter Alkoholwirkung, wird dann drohend, gewalttätig, greift zum Messer, wegen Tätlichkeiten mit Haft bestraft. Hat einen jähzornigen Sohn, einige Kinder an „Gichter" gestorben.

14. J o s e f A., Bäcker, eigensinniger Kopf, streitsüchtig, „führt große Reden", kommt in seinen Verhältnissen zurück.



*Hermann A. erscheint somit gleichfalls als das Glied einer ausgesprochen epileptoid veranlagten Generation* mit vorwiegend minderwertige Deszendenz.

Dabei verdient es besonderes Interesse, daß ein Bruder Hermanns ausgesprochener Krampfepileptiker ist.

Es stammt somit von einem epileptoiden Paare eine Epileptoide ab, die neben einem psychisch-epileptischen Sohn und drei epileptoiden Kindern noch einen Sohn mit Krampfepilepsie hat; es ist dies ein Gegenstück zu den Erblichkeitsverhältnissen Augustin A. s. Die auffallende Erbfolge bei dem Falle beweist anschaulich die erbliche Gleichwertigkeit der Krampfepilepsie, der epileptischen und der epileptoiden Anlage.

*Die Generation Augustin A. s. sowie die Hermann A. s. zeigt somit je einen in sich auffallend geschlossenen konstanten Charakter der Anlagen, der auch die folgende Generation mitbetrifft. Ferner stimmen beide Generationen wieder unter sich in hohem Maße überein.* Wir müssen somit mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß auch in der gemeinsamen *Blutverwandtschaft beider Generationen die epileptoide Anlage irgendwie enthalten sein muß*, daß diese also nicht ausschließlich von den mütterlichen Seiten eingebracht sein wird.

Diese Vermutung findet eine starke Stütze durch die Bewertung der zahlreichen *Verwandtenehen* in Hermanns Aszendenz.

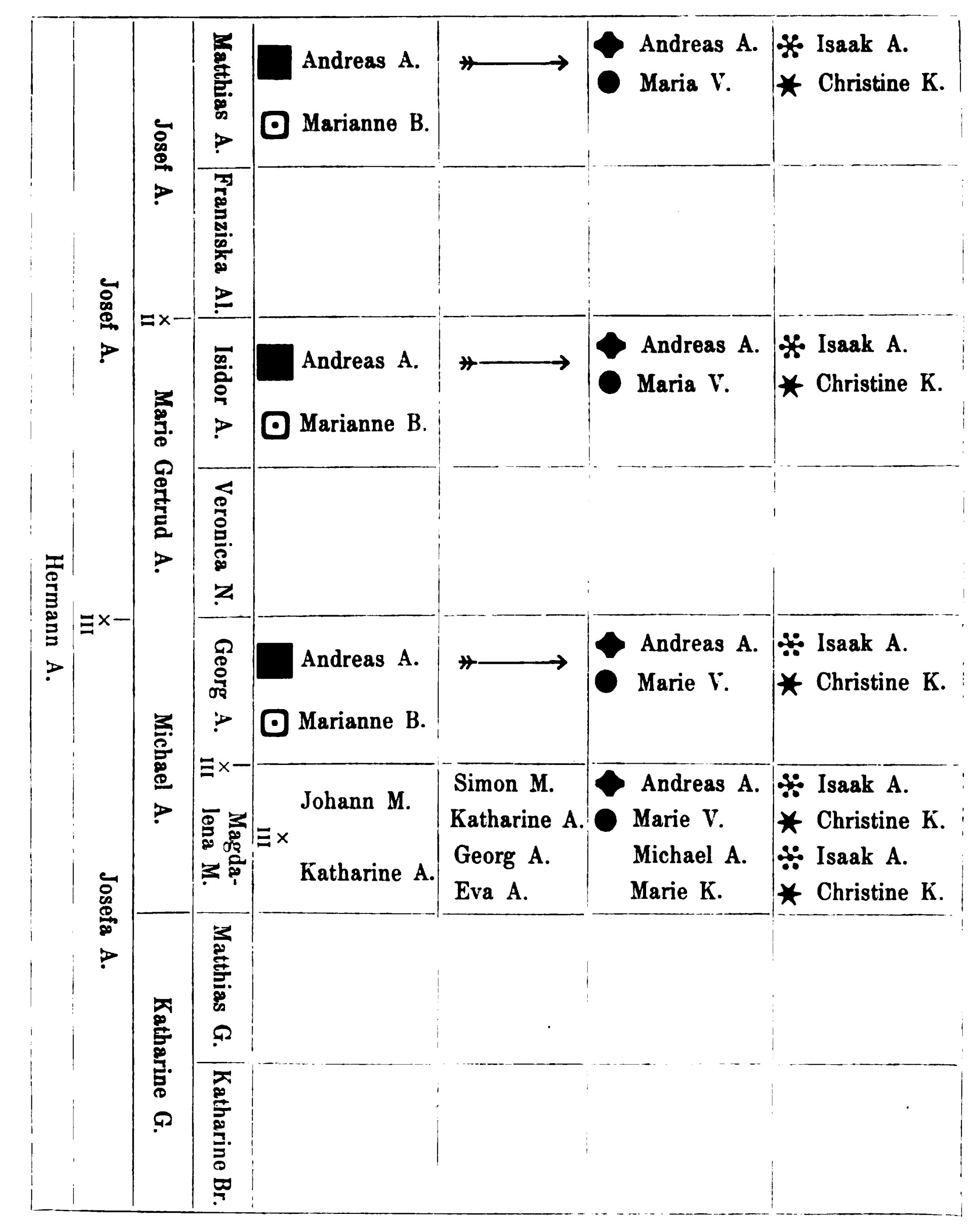
Wir verfolgen diese näher im Pedigree Hermanns (s. S. 620), nach dem Beispiele *de Chapeaurouges*[16], auf dessen Veranlassung *Strohmayer*[17] die Betrachtungsweise der Züchter für die Psychiatrie fruchtbar gemacht hat; markieren wir hierbei die identischen Ahnen durch besondere Zeichen und gehen bei der Deutung von der Erfahrung der Hippologen aus, daß gerade da und nur da, wo gleichsinnige Erbkomplexe zusammentreffen, d. h. also hauptsächlich bei der Inzucht, die Festigung bestimmter Eigenschaften, die Konstanz der Vererbungstendenzen mit Sicherheit zu erwarten ist.

Die Eltern Hermanns, 1. Josef A. und 2. Josefa A., besitzen ein gemeinsames Urgroßelternpaar, Andreas A. und Marianne B., das unter sich im 3. Grade verwandt ist. Dabei stammt der Vater sowohl in der väterlichen, wie in der mütterlichen Linie von diesem Paare ab. Die vorher










Ahnen-Aufbau des Hermann A. Identische Ahnen sind markiert, ebenso die Verwandtschafts-Ehen und -Grade.

schon sich nahestehenden Erbkomplexe dieses Paares müssen sich somit in besonderem Maße in dem Vater Josef konsolidieren.

Seine Partnerin Josefa A. erhält durch den Großvater väterlicherseits die gleichsinnigen Erbkomplexe dieses selben Paares überliefert und bekommt zudem infolge zweier Verwandtenehen in ihrer Aszendenz zweimal Zufluß von dem A.schen Blut; einmal von dem Ehepaar Andreas A. und Maria V., dann von dem Stammpaar Isaak A. und Christine K.

Hermanns Vater sowohl wie seine Mutter besitzen somit eine durch Inzucht stark konsolidierte, und zwar gleichsinnige Individualpotenz. Ihre Verbindung stellt also die Begegnung hervorragend gleichsinniger, nahe verwandter bzw. identischer Erbschaftskomplexe dar. Diese starke Kumulierung derselben Erbschaftstendenzen muß für die Deszendenz mit Notwendigkeit eine äußerst starke Determination darstellen und geradezu einer Inzucht auf die Eigentümlichkeiten der Familie A. gleichkommen. Die Stärke dieser Determination ergibt sich aus der Größe des Ahnenverlustes für Hermann A.; er beträgt in der 16er Reihe 4, in der 128er Reihe 38 Ahnen.

Wie verhält sich nun der tatsächliche charakterologische Befund zu dieser Bewertung des Ahnenaufbaues?

Der Vater Josef A., in dem sich das in sich schon gefestigte Blut des Urgroßelternpaares zuerst wieder begegnet, ist ein ausgesprochener Epileptoider. Die Mutter Josefa A. besitzt einen epileptoiden Vater, Michael A., der von seinem Vater Georg A. die Valenzen desselben Ahnenpaares, von seiner Mutter Magdalena B. gleichfalls verstärkte A.sche Erbmassen erhalten hat. Gegenüber diesen gefestigten A.schen Erbkomplexen, mit denen Michael A. in die Ehe trat, dürften die neu eingebrachten der Katherina G. kaum aufgekommen sein, übrigens ist sie gleichfalls epileptoid und hat so eine entsprechende Ergänzung bieten können.

Vater und Mutter des Hermann sind beide Träger desselben ingezüchteten Blutes und sind beide ausgesprochen epileptoid. Die starke Valenz ihrer gleichsinnigen Erbkomplexe erweist sich in dem auffallend gleichartigen, mit den Eltern übereinstimmenden Deszendenten; sie zeugen einen Krampfepileptiker, drei Epileptoide und unseren Patienten Hermann, der an psychischer Epilepsie leidet.

Wir treffen somit im Pedigree Hermanns jedesmal da, wo infolge der Inzucht eine besonders starke Konsolidierung der Erbkomplexe zu erwarten ist, regelmäßig epileptoide Persönlichkeiten mit epileptoider bzw. epileptischer Nachkommenschaft; wir kommen hier-





mit zu dem Schluß, daß für die ganze A.sche Familie überhaupt eine gewisse epileptoide Familienanlage anzunehmen ist.

Diese Annahme einer epileptoiden Veranlagung hat eine besonders große Wahrscheinlichkeit für sich bei Andreas A. Er und seine Frau Marianne B. sind im Ahnenaufbau Hermanns dreimal vertreten. In diesem selben trifft nun die Aszendenz von Augustin und Hermann A. zusammen. Wir dürfen deshalb schließen, daß Andreas A., dessen mehrfache Vertretung im Pedigree Hermanns so verhängnisvoll wurde, auch für den Ahnenaufbau Augustins, wenn auch ohne Kumulierung der Erbmassen, von Bedeutung ist. Wir nehmen deshalb an, daß Augustins Vater Josef A. die namentlich wohl bei Andreas A. ausgesprochen vorhandene allgemeine epileptoide Familienanlage in potentia besessen und die gefestigte epileptoide Individualpotenz seiner Ehefrau Marianne B. wirksam ergänzt und verstärkt hat; die Konstanz in der epileptoiden Anlage der Generation Augustins, die in die folgende Generation ausstrahlt, findet somit eine befriedigende Erklärung.

Für die Annahme einer epileptischen Anlage in der Aszendenz der beiden Patienten A. läßt sich nun noch ein Wahrscheinlichkeitsbeweis anführen: wir können die Krankheitgeschichte eines weiteren Verwandten A., gleichfalls aus M., eines unverkennbaren Epileptoiden, aus dem Anstaltsarchiv mitteilen.

Anton A., geb. 6. Oktober 1804, körperlich schwächlich, geistig etwas beschränkt, gutmütig, fromm, sparsam und fleißig, meist für sich; keine Exzesse, nie körperlich krank, arbeitete zu Hause bis zur Heirat 1833. Ein voreheliches, ein eheliches Kind. Anläßlich einer vermeintlichen Übervorteilung erkrankte A. 1833 nach dem Physikatszeugnis an „partieller Verrücktheit, an Wahnsinn des Geizigen und religiösem Wahnsinn, anfallweise in Wut übergehend", er irrte tagelang in Feld und Wald umher, äußerte Selbstmordabsichten, wurde anfallweise gewalttätig gegen die Frau und hieb, als sie entfloh, mit der Axt auf den Ofen ein, den er in Stücke zerschlug. Vor den Erregungsausbrüchen Klagen über die Empfindung einer herannahenden Krankheit, Müdigkeit, allgemeinen Druck, Schmerzen in den Schenkeln, abstinierte, lag halbe Tage lang zu Bette, arbeitete nicht, schlief mangelhaft, suchte



nachts im Haus nach Verfolgern, wollte sich erhängen, ins Feuer springen; bei den Anfällen: Singen, Tanzen, Visionen, Phoneme, oft Angstvorstellungen „es ist Krieg, er muß erhängt werden, alle Sachen sind fort, der Großherzog ist tot“. Dabei einmal ein Ohnmachtanfall. Die Erregungen kommen plötzlich, ca. alle 10—14 Tage. 1. Anstaltaufenthalt 10. Mai 1844 bis 18. März 1846: klagte über Schwindel, Kopfschmerz, Akoasmen, Phoneme, Sensationen, war scheu, still, deprimiert, abstinent, oft ängstlich; meint, habe kein Haus, keine Felder mehr, schlaflos, fürchtet nachts, es sei jemand im Zimmer, der ihm den Hals zudrücke. Im weiteren Verlaufe auffallend scheues, apathisches, wortkarges Wesen; dazwischen ganz unerwartet und ohne Anlaß impulsiv, packte mehrmals Wärter an, würgte einen Mitkranken, suchte zu entweichen, drängte viel fort. Etwas gebessert entlassen. Zu Hause bald wieder „rasend“, heftig gegen die Frau, warf nach ihr, bedrohte sie mit dem Messer, leuchtete nachts im Haus herum. 2. Anstaltaufenthalt 1. Juni 1846 bis 15. Januar 1850: Dasselbe Bild wie früher: scheu, folgsam, diesmal zur Arbeit zu bringen, entwich zweimal, irrte planlos umher, schließlich zum Bruder entlassen. Hielt sich anfangs mit Schwankungen, befriedigend. Sommer 1853 arbeitete er zeitweise nimmer, wurde düster, finster, starrte vor sich hin, wurde aufbrausend, plötzlich erregt, klagte, er habe seine Sachen nimmer, lief oft sinnlos fort. Bei Widerspruch hochgradig gereizt und heftig, zertrümmerte Gegenstände, ging mit dem Beil auf Frau und Tochter los, vertrank allen Erlös, Eifersuchtideen gegen die Frau. 3. Anstaltaufenthalt 20. November 1853 bis 28. April 1854: Wieder apathisch, gehemmt, scheu, wortkarg, „alle Sachen sind fort“, „es spielen verderbliche Kämpfe“; große Entschlußlosigkeit, beging mehrere Diebereien an Mitkranken, gebrauchte einfältige Ausreden auf Vorhalt. Nach der Entlassung oft ungünstige Nachrichten: stritt viel mit der Frau, verließ sie einmal für 6 Wochen, zertrümmerte öfters Gegenstände, mißhandelte Angehörige, lief oft sinnlos umher, beging 4 Diebstähle (Tuch, Mehl etc.), offenbar aus wahnhaften Motiven, wurde auf ein Gutachten *Rollers* exkulpiert.

Für eine epileptische bzw. epileptoide Anlage sprechen in diesem Fall: die periodischen Verstimmungen mit Arbeitunlust, Suizidideen, Poriomanie, die interkurrenten halluzinatorisch-ängstlichen Zustände, oft mit religiösen Vorstellungen, die häufige paranoische Färbung, ferner die periodischen Heftigkeits- und Wutausbrüche mit brutaler Bedrohung der Angehörigen und sinnlosem Wüten gegen Gegenstände, endlich der Alkoholmißbrauch in den krankhaften Perioden.



Anton A. ist mit Hermann A. im III./V. Grade verwandt. An. III 1 = H. V 25, außerdem erreicht er in seiner fünften Ahnenreihe das oben genannte Stammpaar Isaak A. und Christine K.

Mangels einer genaueren Charakteristik seiner Familie und Ahnen ist allerdings der sichere Nachweis nicht zu erbringen, daß Anton seine epileptoide Anlage wirklich von seinen A.schen Ahnen überkommen hat. Immerhin kann man mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß das Auftreten desselben Grundtypus auch innerhalb der weiteren Blutverwandtschaft kein ganz zufälliger sein wird.

Drei Glieder *einer* Blutverwandtschaft leiden somit an periodischer epileptischer bzw. epileptoider Geistesstörung. Einmal führt die Verbindung der spezifischen allgemeinen Familienanlage mit den offenbar ähnlichen, gefestigten Erbtendenzen einer ausgesprochenen Epileptoiden zum Auftreten einer psychischen Epilepsie. Das andere Mal ergibt die inzüchterische Kumulation dieser Familienanlage deutliche Epileptoide, deren Vereinigung einen psychisch Epileptischen in einem Geschwisterkreis von drei Epileptoiden und einem Krampfepileptiker erscheinen läßt. Beidemal ist die psychische Epilepsie durch vorangehende Epileptoide in der Ahnentafel gewissermaßen vorbereitet. *Die epileptoide Anlage ist innerhalb der Breite der Norm die Präformation der epileptischen Konstitution.* Es ist deshalb für die Individual- und Temperamentpsychologie ebenso wichtig, den ausgesprochenen und so deutlicher erkennbaren Prototyp der epileptischen Psychoneurose zu berücksichtigen, wie für die Psychopathologie, deren genealogische Vorstufen richtig zu würdigen. Wie oben erwähnt, stellen sich die interkurrenten psychotischen Zustände als episodische Steigerungen des zugrunde liegenden psychisch-nervösen Reaktionstypus dar. Gerade die charakteristischen psychisch-nervösen Merkmale, welche den klinischen Zustandbildern ihre spezifische, wenn auch nicht stets auffallende Färbung geben, wurzeln somit in der psycho-physischen Anlage des Individuums, ja häufig in der psycho-physischen Organisation seiner anscheinend gesunden, epileptoiden Ahnen; *sie sind somit häufig uralten, stets älteren Ursprunges als die sogenannten Kardinalsymptome der episodischen klinischen Zustandbilder* wie melancholische Depression, Hemmung usw. *So kommt*

ihnen denn auch die große Bedeutung einer spezifischen Differenz für die Diagnose, Prognose und Therapie zu.

Der wesentlichste Grundzug dieser Anlage ist in der psychomotorischen Übererregbarkeit zu suchen, sie überwiegt auf Kosten der psychosensorischen und intrapsychischen Sphäre und hat zur Folge, daß nur eine labile Gleichgewichtlage des psychisch-nervösen Lebens erreicht werden kann. So kommt es immer wieder zu Affekthandlungen und impulsiven Akten, zu Beleidigung und Streitereien, zu Schlägereien, Brandstiftung und anderen kriminellen Handlungen — namentlich wenn noch der Alkohol mit im Spiele ist. Anstatt, daß die Adaption an die Umgebung und die besonnenere Überlegung das Handeln leiten, reißt die psychomotorische Sphäre die Autonomie an sich, die Auffassung und die Bewußtseinsklarheit beginnt zu leiden und schließlich regiert nur noch der Hirnreflex und die triebhafte automatische Tätigkeit.

Bei unseren Beobachtungen finden sich auffallenderweise keinerlei nervöse oder psychische Krankheiten anderer Art in den kontrollierbaren Generationen, nur eine hysterische Tochter einer Epileptoiden und einige senile Demenzen werden vermerkt, eine schwerere Psychose nach 1840 hätte wohl auch sicher zur Aufnahme in unsere Anstalt geführt. Es muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, ob etwa der epileptischen Anlage und Psychoneurose die Gleichartigkeit der Vererbung in besonders hohem Maße zukommt. Wir hätten dann besonders günstige Vererbungchancen speziell für die psychomotorische Übererregbarkeit anzunehmen, es wäre eine besonders nahe Beziehung zwischen den Substraten der Somatopsyche — deren Gebiet käme ja in erster Linie bei den psychomotorischen Funktionen in Frage — und den Keimzellen zu vermuten, eine Annahme, für die manches angeführt werden könnte.

Natürlich dürfen aus einem derartig kleinen Material keinerlei allgemeine Schlüsse gezogen werden. Es scheint mir aber hinreichend zu sein, um zu weiteren Nachprüfungen über die konstitutionellen und erblichen Beziehungen zwischen Epileptischen und Epileptoiden anzuregen. Die Grenzen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit werden immer fließende bleiben, und eine Untersuchung über die Erblichkeitverhältnisse der Epileptiker, wie sie neuestens





auf dem Budapester Kongreß ins Auge gefaßt worden ist, wird der Wirklichkeit bedeutend näher kommen, wenn sie bei ihren Erhebungen die Epileptoiden mit in Rechnung stellen könnte.

Endlich glaube ich die Bedeutung der Verwandtschaftehen für die Erblichkeitforschung in der Psychiatrie noch besonders betonen zu sollen. Es ist wohl nirgends ein Zweifel, daß die zurzeit allgemein übliche Erblichkeitsstatistik auf Grund einer veralteten Diagnosentafel eine mühevolle Sysiphusarbeit zur jährlichen Pflicht macht. Wie Strohmayer[18] möchte ich auf die für unsere Probleme bedeutsamen Untersuchungen von de Chapeaurouge[16] hinweisen. Diese lassen von der genaueren Erforschung der Verwandtenehen in psychiatrischer Beziehung sichere Aufschlüsse erwarten, da sie an Hand der Ahnentafel zum erstenmal eine Abschätzung der Erbeinheiten gestatten.

Zu einer Zeit, da die psychiatrische Erblichkeitforschung in Unfruchtbarkeit zu versanden drohte, hat mein hochverehrter Lehrer, Herr Geheimrat Schüle[19], die Notwendigkeit, die Vererbungstatsachen vom psychiatrischen Standpunkte aus weiter zu erforschen, von neuem eingehend dargelegt und den Weg zur Lösung dieser Aufgabe gewiesen. Er hat die Grundauffassung, auf die er sein psychiatrisches System mit Erfolg begründet, die er in der Klinik der Psychosen und Psychopathien in langer Erfahrung erprobt hatte, frühzeitig und eindringlich auch für diese Fragestellung empfohlen — die anthropologische Betrachtungsweise.

---

## Benutzte Literatur.

1. *Roemer,* Beitrag zur Lehre von der epileptischen Verstimmung. Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26.
2. Derselbe, Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dipsomanie und der psychischen Epilepsie. Sommers Klinik f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 4, S. 277.
3. *Heilbronner,* Zur klinisch-psychologischen Untersuchungstechnik. Mon. f. Psych. u. Neur. Bd. 17.
4. *Kleist,* Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig 1910.
5. *Groß,* Kraepelins psychol. Arbeiten. Bd. 3.
6. *Serog,* Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 3, S. 241.



7. *Bostroem*, Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 4, S. 1.
8. *Gregor*, Grundriß der experimentellen Psychopathologie.
9. *Jung*, Diagnostische Assoziationsstudien.
10. *Ritterhaus*, Acrhiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 40.
11. Vergl. Sommers Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 3, 3.
12. *Kraepelin*, Die Wirkung einiger Arzneistoffe.
13. *von Leupoldt*, Klinik f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 3, S. 234.
14. *Vogt*, Die Epilepsie im Kindesalter.
15. *Sommer*, Familienforschung und Vererbungslehre.
16. *de Chapeaurouge*, Einiges über Inzucht u. ihre Leistungen auf verschiedenen Zuchtgebieten. Hamburg, F. W. Rademacher, 1909.
17. *Strohmayer*, Über den Wert genealogischer Betrachtungsweise in der psychiatrischen Erblichkeitslehre. Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. 23. Zur Kritik der Feststellung u. Bewertung psychoneurotischer erblicher Belastung. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. Bd. 5.
18. Derselbe, Die Ahnentafel des Königs Ludwig II. und Otto I. von Bayern. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. Bd. 7.
19. *Schüle*, Über das Heiraten von früher Geisteskranken. I. Leipzig 1904. Über die Frage des Heiratens von früher Geisteskranken. II. Berlin 1905.
20. *Nitsche*, Über chronisch manische Zustände. Diese Ztschr. Bd. 67, S. 36.
21. Vgl. *C. Spearman*, The Proof and Measurement of Association between two things. Amer. Journ. of Psychol. 15, S. 72, 1904. — *F. Krüger* u. *C. Spcarman*, Die Korrelation zwischen verschiedenen geistigen Leistungsfähigkeiten. Zeitschr. f. Psychol. 44, S. 59, 1907; ferner *Foerster* u. *Gregor*, Über die Zusammenhänge usw. Monatschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 26.

## Erklärung der Beilagen.

Tafel III. *Zitter-Kurve*, aufgenommen mit dem Sommerschen Apparat zur dreidimensionalen Analyse.
- a. Zeitschreibung 1 Sek.
- b. Stoß.
- e. seitliche Schwankung.
- d. Druck.

Tafel IV. *Patellarreflex-Kurve*, aufgenommen mit dem Sommerschen Reflexmultiplikator (von rechts nach links zu lesen).
- A. ohne Alkohol.
- B. nach Alkoholaufnahme (120 ccm). Die Kurve ist 3 Stunden nach der Alkoholaufnahme geschrieben worden.



# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 45. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 7. Mai 1910 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Behr*-Langenhagen, *Brandt*-Hannover, *Bräuner*-Lüneburg, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Bunse*-Göttingen, *Cramer*-Göttingen, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Delbrück*-Bremen, *Dieckmann* - Vollmerdingsen, *Facklam* - Suderode, *Gellhorn* - Goslar, *Gerlach*-Königslutter, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Heine*-Hannover, *Holzer*-Warstein, *Kern*-Kennenburg, *Koch*-Rinteln, *Koepchen*-Hannover, *Kracke* - Lüneburg, *Lachmund* - Münster i. W., *Matthes* - Blankenburg a. H., *Mönkemöller*-Hildesheim, *Müller*-Hildesheim, *Oeppler*-Göttingen, *Peltzer* - Bremen, *Pförringer* - Göttingen, *Reckmann* - Oeynhausen, *Redepenning*-Göttingen, *Reinhold*-Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Ritter*-Hildesheim, *Rizor*-Langenhagen, *Schieck*-Göttingen, *Schmidt*-Wunsdorf, *Schmidt*-Marsberg i. W., *Schwienhorst*-Münster i. W., *Snell*-Lüneburg, *Stamm*-Ilten, *Stroebe*-Hannover, *Strohmeyer*-Hannover, *Stüber*-Hildesheim, *Thöle*-Hannover, *Wahrendorff*-Ilten, *Weber*-Göttingen, *Wendenburg*-Osnabrück, *Winter*-Aplerbeck, *Zimmermann*-Hannover.

Zum Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Stüber*-Hildesheim. Beginn 2 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem verstorbenen, langjährigen Mitgliede *Schmalfuß*-Hannover einen Nachruf. Die Anwesenden ehren das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Plätzen.

*L. Bruns* - Hannover: Neuropathologische Mitteilungen. Vortr. zeigt zuerst einen Patienten, bei dem es sich um ein Gummi im linken Hirnschenkel handelt. Mann von 45 Jahren, von Beruf Maler. Vor 10 Jahren syphilitische Infektion, später schwere geschwürige Prozesse im Gesicht, wovon tiefe Hautnarben zurückgeblieben sind. Vor 2 Jahren links Augenmuskellähmung und rechts hemiplegische Symptome, namentlich Zittern links. Die Augenmuskellähmung besserte sich auf Hg-Kur, das Zittern rechts blieb bestehen. Februar dieses Jahres erneute Augenmuskellähmung, totale innere und äußere Lähmung des



linken Oculomotorius, namentlich auch komplete Ptosis. Abducens frei. Am rechten Arm und Beine Zittern, das namentlich am Arme und speziell an der rechten Hand und den Fingern ganz vollständig dem der Paralysis agitans gleicht, nur vielleicht etwas langsamer ist. Es besteht z. B. typisches sogen. Pillendrehen. Dabei besteht rechts vielleicht geringe Schwäche des Armes, aber keine Lähmung; die Sehnenreflexe sind nicht gesteigert; es besteht kein Babinski. Facialis und Zunge frei. Ebenso fehlt rechts jede Störung der Oberflächen- oder Tiefensensibilität; ebenso auch Bewegungsataxie. Der Fall gleicht also — Oculomotoriuslähmung mit gekreuzter „Paralysis agitans" — der Abart der sogen. *Weber*schen alternierenden Hemiplegie, die besonders von *Mendel* beschrieben ist. Der Herd muß nach den Symptomen die Pyramidenbahn und auch die Schleife wesentlich frei lassen. Vortr. demonstriert dann noch ein Präparat von Gumma im Hirnschenkel, das einer Beobachtung von *Siemerling* entstammt.

Zweitens stellt Vortr. einen Patienten vor, bei dem wegen Kleinhirntumors operiert wurde. Gefreiter B., 24 Jahre. Bei dem Pat. entwickelte sich langsam und allmählich das Krankheitbild eines Kleinhirntumors nach Fall auf den Kopf beim Eskaladieren im August 1909. Der Fall war mit kurzer Bewußtlosigkeit verbunden. Im November 1909 Schmerzen, besonders beim Zurücklegen des Kopfes, Schwindelgefühle, Erbrechen morgens bei nüchternem Magen. Im Januar 1910 Nackenschmerzen, besonders beim Liegen, ab und zu Doppeltsehen, Flimmern vor den Augen. Am 7. Januar 1910 zuerst Stauungspapille konstatiert. Ende Januar schon Sehschwäche (S. rechts $^6/_{10}$, links $^6/_{12}$). Auch retinale Blutungen; im Februar noch weitere Abnahme der Sehschärfe. Am 25 Februar schwerer Kollapsanfall; völlig bewußtlos; Puls 130, röchelndes Atmen; Dauer 20 Minuten. Nach einigen Stunden Anfall tonischer Konvulsionen mit Arc de cercle-Bildung (cerebellar seizure, *Hughlings Jackson*). Am 28. Februar 1910 im Garnisonlazarett Hannover; hier vom Vortr. untersucht. Das Gehen jetzt sehr unsicher; Taumeln besonders nach links und nach links hinten; Stehen kaum möglich. Nystagmus beim Blicke nach rechts. Visus rechts $^2/_{10}$, links kein Fingerzählen; schwere Stauungspapille. Erbrechen früh morgens. Rechter Facialis etwas schwächer, rechts Ohrensausen, aber nur sehr gering. Keine Bewegungsataxie der Arme, auch keine Adiadokinesie. Keine Trigeminussymptome. Beiderseits Fußklonus und gesteigerte Sehnenreflexe; rechts beides stärker als links. Diagnose: Kleinhirntumor. Seite nicht sicher, eher links, weil Fallen nach links und rechts gesteigerte Sehnenreflexe. Operation durch Oberstabsarzt Prof. Dr. *Thile*. Erster Akt am 6. März; beide Kleinhirnhemisphären freigelegt. Dabei beim Sägen Eröffnung der prall gespannten Dura über der linken Kleinhirnhemisphäre, Abfluß reichlicher fadenziehender Flüssigkeit. Zweite Operation am 13. März; links etwa $^1/_3$ der linken Kleinhirnhemisphäre



durch das Duraloch prolabiert. Dieses Stück wird abgetragen. Ein Tumor findet sich nicht. Naht. Glatte Heilung. Vom Tage der Operation an Aufhören der Kopfschmerzen, des Schwindels und Erbrechens. Nur langsame Abnahme der Stauungspapille; Sehschärfe kommt auf rechts $^2/_6$, links $^2/_{30}$. Deutliche Atrophia nerv. opt. Bei der Vorstellung am 7. Mai keine Spur von cerebellarer Ataxie; macht im Stand und im Marsch militärisch Kehrt, ohne zu schwanken. Nystagmus bei Wendung des Blickes nach links noch in Spuren. S. eher etwas geringer geworden. Hier hat es sich also entweder um eine traumatische Cyste gehandelt oder der Tumor sitzt noch im Kleinhirn und hat durch die Operation erst einmal Platz gefunden. In diesem Falle haben sich bei einem ganz gesunden Manne die Tumorsymptome direkt im Anschluß an das Trauma rasch zur Höhe entwickelt; auch forensisch würde hier der Zusammenhang ganz klar sein.

Drittens demonstriert Vortr. einen typischen Acusticus-Tumor. Ältere Frau; am 24. August 1909 zuerst untersucht. Anamnese: seit vielen Jahren links Ohrensausen; seit 4 Jahren links taub; gleichzeitig mit dem Ohrensausen links Trigeminusneuralgien. Jetzt: beiderseits schwere Stauungspapille und Herabsetzung der Sehschärfe; wenig Kopfschmerzen; kein Erbrechen; Nystagmus abwechselnd mehr nach links oder nach rechts; einmal nach rechts grob-, nach links feinschlägig. Zentrale Taubheit links. Nur sehr wenig unsicherer Gang. Links Areflexie der Cornea und der Nase; gibt selber an, nur aus der linken Nasenhälfte zu niesen; Facialis frei; keine Bewegungsataxie, Adiadokokinesie oder Schwäche der linken Seite; auch sonst keine Extremitätensymptome, ab und zu Babinski, links deutlicher als rechts. Wegen Abnahme der Sehschärfe Operation zweiseitig im November 1909 (Prof. *Kredel*). Tumor an der Hinterseite des Felsenbeines deutlich gesehen, aber unter der Dura breit und fest aufsitzend; nicht zu entfernen. Nach der Operation, trotz reichlichen Liquorabflusses, keine Abnahme der Stauungspapille; allmählich ziemlich blind. Tod an Marasmus. Walnußgroßer Tumor am Porus acusticus internus — in diesen eindringend und den Knochen zerstörend; vom Periost überzogen. Vortr. macht aufmerksam auf die Geringfügigkeit der Hirnnerven-, Kleinhirn- und Hirnstammsymptome, vor allem auch auf das so häufige Freibleiben des Facialis.

Viertens demonstriert Vortr. einen Tumor, den *F. Krause* aus der rechten Zentralregion entfernte. Die Kranke, eine ältere Frau, wurde vom Vortr. Anfang März in Braunschweig untersucht. Anamnestisch eine langsam progressive Lähmung des linken Armes; erst spät und in großen Intervallen linkseitige, häufig auf die Hand beschränkte Krämpfe ohne Bewußtseinverlust. Kopfschmerzen erst in letzter Zeit stärker. Totale, ziemlich schlaffe Lähmung des linken Armes, aber gesteigerte Sehnen-Periostreflexe, auch Lagegefühl stark gestört; heftige Schmerzen bei passiven Bewegungen des linken Armes; links leichte untere Facialis-



parese, leichte Parese des linken Beines mit links stärkerem Patellarreflexe, aber kein Achillesklonus, kein Babinski, Oppenheim oder Mendel. Keine Stauungspapille. Nie Erbrechen. Diagnose: Tumor im Armzentrum rechts. Operation zweizeitig. Vor der Operation auch linkes Bein gelähmt. Zweite Operation am 23. März 1910. Flacher fünfmarkstückgroßer Tumor frei in der Rinde liegend, in der Rinde der vorderen Zentralwindung, aber ins Mark herabreichend. Leicht ausschälbar. Anatomisch Adenokarzinom. Glatte Heilung. Nach einigen Tagen Lähmung des Beines geschwunden; gegen Mitte April auch linker Arm sehr viel besser. Primäre Karzinome klinisch nicht nachweisbar (*F. Krause*).

Fünftens demonstriert Vortr. das linke Stirnbein einer am gleichen Tage von Prof. *Kredel* operierten Patientin und die Photographien vor der Operation. Es handelte sich um eine jüngere Frau, die zwei sehr große (Kartoffel-) knollige Geschwülste auf dem linken Stirnbein trug; außerdem war durch Beteiligung des Orbitaldaches das linke Auge stark nach unten disloziert; das obere Augenlid gelähmt. Neurologisch: anfallweise, mit leichter Benommenheit verbundene Kopfschmerzen und Krämpfe — nicht halbseitige, sondern totale; keine rechtseitigen hemiplegischen Symptome. Die Operation ergab, daß außer dem nach außen gewachsenen Tumor (Sarkom) ein gut faustgroßer die Dura durchbohrt und in das linke Stirnbein gewachsen war. Er konnte nur mit einem Teil des Stirnbeins entfernt werden. Auch das linke Orbitaldach mußte mit entfernt werden. Bis jetzt — Ende Mai — günstiger Verlauf; im Anfang Aphasie, die vor der Operation nicht vorhanden war; vorübergehend delirante Zustände. Vortr. macht auf das Vorkommen allgemeiner epileptischer Anfälle bei Stirnhirntumoren aufmerksam, was er jetzt schon mehrfach beobachtet hat. Die Patientin ist jetzt auch mit gutem kosmetischen Effekte vollkommen geheilt.

*Cramer*-Göttingen, Über die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der psychiatrischen Diagnostik.

So, wie in früheren Jahren der Symptomenkomplex der Paranoia-Gruppe eine immer größere Ausdehnung gewann, so daß man sich fast dem Begriff der Einheitpsychose näherte, so hat heute das Gebiet des Jugendirreseins oder der Dementia praecox einen ähnlichen Umfang angenommen, wenn auch nicht zu leugnen ist, daß unter den allmählich sich abspaltenden Untergruppen einzelne besser umschriebene Krankheitbilder vorhanden zu sein scheinen. In den letzten Jahren ist dann noch der affektive Symptomenkomplex des manisch-depressiven Irreseins dazu gekommen, das ebenfalls immer weiter sich ausdehnte und immer mehr an Umfang gewann. Begreiflicherweise führte das zu Kontroversen, was zum manisch-depressiven Irresein oder der Dementia praecox zu rechnen sei, ähnlich wie früher die Diskussion darüber geführt wurde, ob solche Fälle mehr zur Paranoia oder zu den Stimmungsanomalien gerechnet





werden müssten. Auch bei dem Symptomenkomplex, der im Anfang außerordentlich gut abgegrenzt war und mehr ein Indikator für eine organisch bedingte Seelenstörung zu sein schien, ja direkt zu bestimmten Intoxikationszuständen in Beziehung gebracht wurde, dem amnestischen Symptomenkomplex, ist es ähnlich gegangen. Während man früher vom Korsakoffschen Symptomenkomplex als einer exquisit durch intoxikatorische Einflüsse bedingten Erscheinungsreihe sprach, sehen wir ihn heute bei den verschiedendsten Krankheiten und Krankheitprozessen auftreten. Ich erinnere nur an den Korsakoffschen Symptomenkomplex bei den senilen und traumatischen Erkrankungen, bei progressiver Paralyse und Hirntumor. Ganz ähnliche Beobachtungen können wir auch machen, wenn wir die Geschichte der Katatonie verfolgen. Fragen wir uns nun, wie diese eigentümlichen Tatsachen zu verstehen sind, so läßt uns vielleicht am besten ein Blick auf die Entwickelung der inneren Medizin Klarheit verschaffen. Bevor die physikalischen Untersuchungsmethoden bekannt waren, unterschied man in der inneren Medizin auch Krankheitbilder nach einzelnen Symptomenkomplexen, wie nach Fieber, Husten oder Durchfall. Wenn es auch vielleicht im Vergleiche zu weit getrieben ist, so erinnert doch unser heutiges Vorgehen in der Psychiatrie etwas an dieses Verhalten. Das, was wir zu erreichen streben müssen, besteht darin, daß wir die psychischen Symptomenkomplexe, die den oben genannten der inneren Medizin entsprechen, aufsuchen, genau in ihren Einzelheiten festlegen und ihr Vorkommen bei den verschiedensten Psychosen studieren. Außer den schon angeführten (dem affektiven, dem katatonischen, dem amnestischen) nenne ich noch den paranoischen, den deliranten Symptomenkomplex und den der Zwangszustände.

Zahlreiche Beobachtungen ergeben, daß die Komplexe bei allen möglichen Krankheitbildern und Krankheitverlaufen auftreten können, entweder vorübergehend oder für längere Zeit, ferner daß derselbe Mensch auf die verschiedensten Schädigungen mit demselben Symptomenkomplex reagieren kann. (Individuelle Reaktion, *Neisser.*) Die Aussicht, daß wir vielleicht physikalische Hilfsmethoden, die denen der inneren Medizin ähnlich sind, für das Studium der normalen psychischen Vorgänge gewinnen werden, ist gering, aber ich glaube, daß *Bonnhoeffer* Recht hat, wenn er darauf hinweist, daß gerade das Studium der körperlichen Begleiterscheinungen uns hier noch weiter bringen wird. Weiter bringen wird auch uns, wie die innere Medizin, die pathologische Anatomie. Im allgemeinen müssen wir uns klar darüber sein, daß selbstverständlich die Mittel der pathologisch-anatomischen Forschungen noch im Anfang stehen, und daß wir, wie wir auf klinischem Gebiet mit aller Macht die Elementarsymptome studieren müssen, auch pathologisch-anatomisch die feinen histologischen Vorgänge des erkrankten nervösen Parenchyms und seines Stützgewebes zu erforschen suchen müssen. Unterstützt werden wir in dieser Bestrebung auch durch eine feine psychologische Analyse und

durch die experimentelle Psychologie. Die Grenzen, die allen diesen Forschungsgebieten gezogen sind, werden sich bei weiteren Studien ergeben, ebenso wie ihre Bedeutung für die Diagnostik. Wir sind ja auf allen diesen Gebieten schon erheblich weiter gekommen, wir haben einzelne psychische Krankheitbilder, die wir mit Hilfe der körperlichen Begleiterscheinungen, namentlich in Ausfall- und Reizerscheinungen infolge von ausgesprochenen Neuronerkrankungen und mit Hilfe der pathologischen Anatomie bereits verhältnismäßig sicher differenzieren können. Es sind das die progressive Paralyse, die arteriosklerotische Seelenstörung und die senile Seelenstörung. Sehen wir diese etwas besser differenzierten Krankheitsbilder an, so beobachten wir, daß bei allen diesen die verschiedensten der oben genannten Symptomenkomplexe auftreten können, aber in ganz bestimmter Verbindung mit körperlichen Begleiterscheinungen und auch mit bestimmten psychischen Begleiterscheinungen, wenn man nur die Fälle psychologisch genau analysiert. Was uns nun bei den Geisteskrankheiten, bei denen wir bisher charakteristische körperliche Begleiterscheinungen oder charakteristische experimentell-psychologisch nachweisbare Veränderungen noch nicht aufgefunden haben, weiterbringen wird, läßt sich zur Zeit nicht übersehen. Wahrscheinlich wird uns hier auch die genauere Erforschung des Stoffwechsels mancherlei Hilfe und Stütze gewähren. Jedenfalls werden wir danach streben müssen, die Krankheitbilder nicht auf Grund eines einzelnen Symptomenkomplexes aufzustellen, sondern wir werden, wie bei der Pneumonie die Symptomenkomplexe des Hustens und Fiebers und der physikalische Befund in bestimmter Konstellation sich geltend machen, erwarten dürfen, daß auch ähnliche Zusammenstellungen von Symptomenkomplexen unter Berücksichtigung der körperlichen Begleiterscheinungen, der Stoffwechselvorgänge, der psychologischen Untersuchungsmethoden und der pathologischen Anatomie sich finden werden, welche schließlich zur Aufstellung von Krankheitbildern von bestimmtem Verlauf und bestimmter Prognose führen können. Es werden sich alsdann auch pathologisch-anatomisch für diese zu fordernden Krankheitbilder charakteristische Ergebnisse finden. Ich möchte darauf hinweisen, daß auch *Hoche*, wenn auch in anderer Form, ähnlichen Gedanken Ausdruck gegeben hat. —

Diskussion. — *Weber*-Göttingen glaubt nicht, daß wir, wie manche Autoren behaupten, wieder auf die alten Symptomenkomplexe zurückkommen. Er hält *Cramer*s Weg für den richtigen.

*F. Schieck*-Göttingen demonstriert die in seiner Monographie über die Genese der Stauungspapille veröffentlichten Mikrophotogramme, aus welchen hervorgeht, daß das Krankheitbild der Stauungspapille anfänglich auf rein mechanische Weise zustande kommt. Der in dem Zwischenscheidenraum des Sehnerven bei raumbeengenden Prozessen der Schädelkapsel unter erhöhtem Druck stehende Liquor cerebrospinalis findet



in den perivasculären Lymphscheiden der Netzhautzentralgefäße einen Ausweg, dringt von der Ausmündungstelle dieser Bahnen in den Zwischenscheidenraum längs der Zentralgefäße durch die Lamina cribrosa hindurch in den Hilus der Papille ein und verursacht hier ein Oedem des Sehnervenkopfes unter gleichzeitiger Strangulierung der Gefäße. Im ophthalmoskopischen Bilde prägen sich diese Zustände in einem Verstreichen der physiologischen Exkavation, dann in einer Vortreibung und Verbreiterung der Papille aus, während sich venöse Stauung mit Blutextravasaten und Verengerung der Arterien hinzugesellt. Die weißen Plaques im Retinalgewebe, die pathologisch-anatomisch eine fettige Degeneration der nervösen Elemente darstellen, sind die direkten Folgezustände der Unterernährung. Dagegen fehlen in frischen Fällen alle Anzeichen einer wirklichen Entzündung; denn diese letzteren stellen sich erst ein, wenn die Zersetzungsprodukte der angestauten Flüssigkeit und die Zerfallprodukte des Gewebes eine Reaktion hervorrufen. Dann sieht man Kernvermehrung und Hyperplasie in der Stützsubstanz, beides Erscheinungen, die mit der Genese der Stauungspapille an sich nichts zu tun haben. —

In der Diskussion spricht sich *Bruns*-Hannover auch gegen die Entzündungstheorie aus. Auf seine Frage, ob das Ödem hier dieselben anatomischen Erscheinungen macht wie die Entzündung, ebenso wie im Rückenmark, antwortet der Vortragende: jedes Ödem, wenn es länger anhalte, mache durch die Stoffwechselprodukte die gleichen Erscheinungen. *Weber*-Göttingen bemerkt, für die Entstehung der Stauungspapille komme es darauf an, wie sich die Hirnsubstanz verhalte; je nach Jugend, Elalastizität käme die Stauungspapille schneller oder langsamer zustande.

*Behr*-Langenhagen: Zur Histopathologie der juvenilen Form der familiären amaurotischen Idiotie.

Vortr. teilt die Ergebnisse der histolog. Untersuchung eines Falles mit, der seinem klinischen Verlauf nach der von *Vogt* als juvenile Form der amaurotischen Idiotie abgegrenzten Gruppe angehört. Der wichtigste Befund war eine allörtlich graduell schwankende Schwellung sämtlicher Ganglienzellen, besonders in der Großhirnrinde, daneben fand sich ebenfalls allörtlich in den Ganglienzellen ein feinkörniges, grünlich-gelbes Pigment. Die Zellen zeigen keine Neigung zum Untergang, keine wesentlichen Ausfallerscheinungen im Bereich der Nervenfasern. Die zellige Glia besonders in den tieferen Rindenschichten mäßig gewuchert. Das Gefäßsystem war völlig intakt.

Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht.

*Wendenburg*-Osnabrück demonstriert: 1. Das Gehirn und die Dura eines Falles von Pachymenigitis haemorrhagica, die sich über die ganze Innenfläche der Dura der Hemisphärenkonvexität beider



Seiten und einen Teil der Falx erstreckte. Sie bestand aus mehrschichtigen Auflagerungen, die am frischen Präparate eine Dicke von 13—15 mm erreichten und sich in dieser Stärke ziemlich gleichmäßig von dem Stirn- bis zum Occipitalpol erstreckten. Die Konvexität der Hemisphären war stark und gleichmäßig abgeplattet; das ganze Gehirn im Vergleich zur Schädelkapazität klein. Das Präparat stammte von einer 76jährigen Frau, die immer gesund und arbeitfähig gewesen war und während der Arbeit einen Schwindelanfall erlitt; seitdem hatte sie Kopfschmerzen, die an Stärke sich beständig steigerten. Kein Potus, kein Trauma, kein Anhalt für Lues. Keine Hirnnervenlähmungen, keine Paresen der Glieder, keine Stauungspapille. Patellarreflexe vorhanden und gleich; kein Babinski. Pulsverlangsamung bis 50 und darunter. Mehrfach anfallweise Steigerung der Kopfschmerzen, schließlich Benommenheit, Sopor, 5 Tage vor dem Tode schlaffe Lähmung aller Glieder und Verlust der Patellarreflexe. Die Krankheit verlief klinisch ganz wie ein Tumor *(Bruns)*, auch das Fehlen der Stauungspapille spricht nicht gegen Hirngeschwulst in so hohem Lebensalter *(Vorkastner)*. Der Verlauf, bei dem ein sprungweises Fortschreiten nicht zu erkennen war, die Dauer des Leidens, die für einen Tumor ungewöhnlich kurz und für eine Blutung zu lang war (6—7 Wochen), und das Lebensalter hätten vielleicht einige Anhaltspunkte für die richtige Diagnose geben können, trotzdem Potus, Trauma, Lues, die gewöhnlichen aetiologischen Faktoren, auszuschließen waren.

2. Das Gehirn einer 24jährigen Frau, die Scharlach gehabt hatte und 4 Wochen später mit rechtseitigen Kopfschmerzen, Erbrechen, Kriebeln in den Fingern der linken Hand, dann des linken Beines erkrankt war, der eine ganz allmählich einsetzende Lähmung des linken Beines, darauf der linken Hand folgte. Später ließ sich Stauungspapille r. und l. mit Blutungen, schlaffe linkseitige Hemiplegie, die nie spastischen Charakter annahm, Aufhebung der Lage- und Gelenkempf. und Astereognosie der linken Hand nachweisen. Pupillen l > r, reagieren träge auf Licht, keine Hemianopsie. Parese des linken Gesichtfazialis und Hypoglossus, linker Bauchreflex fehlt, Triceps- und Patellarreflex beiderseits gleich. Babinski links. Im Urin Eiweiß. Tod nach 6 Monaten. Ausgedehnte, oberflächliche Erweichung des oberen und mittleren Drittels der rechten vorderen und hinteren Zentralwindung, der angrenzenden Partien des Scheitellappens (untere Hälfte des Lob. par. sup. und Oberteil des Gyr. supramargin.) Verlegung der r. Art. foss. Sylv. durch atheromatöse Massen bis auf einen für Schweinsborste durchgängigen Kanal von der Ursprungstelle a. d. Carotis bis 1,4 cm distal, Atherom der Carotis. Die linksseitige Hemiplegie, die Aufhebung der Lage-, Gelenkempf. und Tastlähmung links ließen intra vitam eine genaue Lokaldiagnose auf die Erkrankung der rechten Zentralwindungen, besonders der hinteren und des Scheitellappens stellen, die oberflächlich





sitzen mußte, da keine Hemianopsie eintrat (vgl. *Bruns* Hirngeschwülste. Dtsch. Klinik a. Eing. d. XX. Jahrh. Bd. 12, S. 552). Dagegen machte die Artdiagnose der Erkrankung große Schwierigkeiten. Die ausgesprochenen Lokalerscheinungen, verbunden mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungspapille bei einer 24jährigen Frau, sowie der Beginn ohne jeden Insult und der progressive Verlauf ließen zunächst an Tumor denken. Die bestehende Scharlachnephritis machte auf die Möglichkeit einer Gefäßerkrankung aufmerksam. Bei Nephritis sind Stauungspapille, Kopfschmerz und Erbrechen nichts ungewöhnliches, und gerade nach Scharlach werden Gefäßerkrankungen, Atherom, Thrombose, auch bei jugendlichen Personen beobachtet. Embolie und Blutung waren bei dem Fehlen jeden Insultes wohl auszuschließen. Die Vermutungsdiagnose auf langsamen Verschluß der Art. foss. Sylv. wurde durch die Sektion bestätigt. Vortr. macht noch darauf aufmerksam, daß bei Nephritis auch Herderscheinungen am Gehirn ohne greifbaren Befund auftreten können *(Jakobsohn)*, sowie auf die Möglichkeit der Verwechslung von Scheitellappenerkrankungen mit Hysterie, bei der Lähmungen ebenfalls mit schweren Sensibilitätstörungen einhergehen können *(Ch. K. Mills)*.

3. Zeigt er mikroskopische Präparate zweier Hypophysentumoren im weiteren Sinne. Der eine, ein Spindelzellensarkom der Infundibularregion, war in den Türkensattel hineingewachsen und hatte die von ihm rings umschlossene Hypophyse komprimiert, ohne in sie einzudringen. Der andere, ein Psammom, war von der Kapsel der Vorderseite der Hypophyse ausgegangen und aus der Sella heraus unter das Chiasma vorgedrungen. Vortr. bespricht die von *Frankl-Hochwart* so sehr geförderte Symptomatologie der Hypophysentumoren (binasale Hemianopsie, Akromegalie, Fettsucht, radiologische Veränderungen an der Sella, Allg. Sympt.) und erwähnt die Operationserfolge *Schloffer*s und *Eiselsberg*s, die zugleich den Zusammenhang der Wachstumstörungen mit der Hypophyse dargelegt haben. Schließlich erwähnt er im Anschluß an den ersten Fall, bei dem die Hypophyse komprimiert und die Infundibularregion zerstört war, ohne daß spezifische Symptome auftraten, die Theorie *Marburg*s, nach der nur solche Tumoren, die embryonale, ektodermale Bildungen sind, Fettsucht hervorrufen. Nach dieser Theorie wäre die Fettsucht ein Zeichen für die Artdiagnose des Tumors, aber nicht für seinen Sitz. In dem zweiten Falle hatte das Körpergewicht in einem Jahre um 26 kg zugenommen, der Tumor ging aber nicht von der Hypophyse selbst aus, hatte die Infundibularregion nicht ergriffen und war auch kein ektodermaler Tumor, sondern ein Psammom, dessen bindegewebige Herkunft *Ribbert* nachgewiesen hat.

*Redepenning*-Göttingen: Die psychiatrische Beobachtungstation für Fürsorgezöglinge in Göttingen.



Von Juli 1907 bis März 1910 wurden 72 Zöglinge zur Beobachtung überwiesen, von denen 27 als längerer Anstaltpflege bedürftig bezeichnet werden mußten; 24 waren leicht schwachsinnig, 12 schwerer schwachsinnig, 12 waren Psychopathen ohne, 5 solche mit Schwachsinn, 5 waren ausgesprochen psychotisch und zwar dem Jugendirresein zuzurechnen. Unter den belastenden Momenten spielen Trunksucht des Vaters, Kriminalität, Armut, schwere Krankheit und früher Tod der Eltern die Hauptrolle. Von den Zöglingen selbst waren 95,8 % kriminell, Betteln, Stehlen, Vagabondage kommen am häufigsten vor, Roheitverbrechen bei etwa 30 %, Brandstiftung bei 8,3 %. Fast die Hälfte der Fälle war gerichtlich verhandelt worden, die meisten darunter hatten Strafaufschub bekommen. Die Beobachtungsdauer kann nach Bedarf monatelang ausgedehnt werden. In den Gutachten wird nach der medizinischen Diagnose die Erziehbarkeit, die Erwerbfähigkeit, die Militärdienstfähigkeit, die Notwendigkeit der Entmündigung, die strafrechtliche Zurechnungfähigkeit und in besonderen Fällen auch anderweite spezielle Fragen erörtert. Besondere Schwierigkeiten entstehen nur bei den Psychopathischen: sie sind meistens unerziehbar, sie sind häufig kriminell, und es besteht bei ihnen nur selten Anstaltpflegebedürftigkeit. Für ihre Unterbringung wiederholt sich die für die Erwachsenen derselben Kategorie immer wieder erörterte Fragestellung. Es wird vorgeschlagen, für sie im Anschluß an einige Erziehungsanstalten und für eine Auswahl von ihnen auch im Anschluß an eine Heil- und Pflegeanstalt eine besondere Abteilung einzurichten. (Ausführliche Angaben s. in dem Aufsatz S. 520 dieses Heftes.)

Diskussion. — *Delbrück*-Bremen fragt, ob Klagen von Erziehungsleitern laut geworden wären, oder darüber, daß Zöglinge sich darauf berufen hätten, daß sie in der Anstalt gelebt hätten. Beides verneint der Vortragende. Auf *Delbrücks* weitere Fragen, wie hoch die Durchschnittzahl sich belaufe, und ob eine Trennung nach irgend welchen Prinzipien auf der Beobachtungstation stattfinde, erwiderte der Vortr.: die Durchschnittzahl betrage 72; eine Trennung finde nicht statt, vielmehr ließen sich ältere und frische Fälle ohne besondere Schwierigkeiten zusammenbringen. Letztere würden noch vermindert, wenn mehr Wachpersonal zur Verfügung stände.

*Gerlach*-Hildesheim.

---

## 9. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater vom 19. bis 21. Mai 1910.

Die Tagung am 19. Mai wird im Festsaale der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster abgehalten. Zugegen sind die Herren:





*Ast*-Eglfing, *Aumüller*-Stephansfeld, *Bott*-Bamberg, *Damköhler*-Klingenmünster, *Dees*-Gabersee, *Demuth*-Speyer, *Eccard*-Frankenthal, *Ellmann*-Regensburg, *Glas*-München, *Heckel*-Kaufbeuren, *Hegar*-Wiesloch in Baden, *Herfeldt*-Ansbach, *von Hoeßlin*-Landau, *Holterbach*-Homburg, *Hügel*-Klingenmünster, *Karrer*-Klingenmünster, *Kaufmann*-Werneck, *Kleist*-Erlangen, *Kolb*-Kutzenberg, *Korte*-Eglfing, *Krauß*-Kennenburg, *Kundt*-Deggendorf, *Lemberg*-Eglfing, *Megele*-Landau, *Müller*-Landau, *Oppermann*-Erlangen, *von Ranke*-München, *Rees*-Albersweiler, *Rehm*-München, *Reichardt*-Würzburg, *Rieht*-Albersweiler, *Roth*-Landau, *Rüdin*-München, *Sandner*-Rufach, Ob.-Elsaß, *Schmid*-München, *Schultz*-Landau, *Schulz*-Klingenmünster, *Schwarz*-Ansbach, *Vocke*-Eglfing, *Wagner*-Bayreuth, *Weinland*-Weißenau, *Weyland*-Klingenmünster — 42 Teilnehmer.

Den Vorsitz der Versammlung führt *Vocke*-Eglfing, als Schriftführer fungiert, da *Brandl*-Eglfing und *Iserlin*-München am Erscheinen verhindert sind, *Hügel*-Klingenmünster.

*Vocke* eröffnet die Sitzung um 9¼ Uhr mit einer Begrüßung der Teilnehmer, besonders der Gäste, unter denen Kreis-Medizinalrat Dr. *Demuth* ist.

Hiefür dankt *Demuth* und kommt auf die Entwicklung der Irrenfürsorge in der Pfalz zu sprechen; von der Begründung der Anstalt Frankenthal am Anfang des vorigen Jahrhunderts ausgehend, verbreitet er sich über die Entwicklung der Anstalt Klingenmünster, deren jetziger Direktor *Karrer* auch an der Projektierung und Ausführung der nunmehr eröffneten Anstalt Homburg in hervorragendem Maße beteiligt gewesen ist, und verweist auf die bevorstehende Besichtigung von Homburg im Laufe der Tagung.

Als Leiter der Anstalt dankt *Karrer* in herzlichen Worten für das Erscheinen der bayerischen Psychiater in der Pfalz, das den heutigen Tag zu einem besonderen Freuden- und Ehrentag für die hiesige Anstalt bei ihrer einsamen Lage gestalte.

Er spricht sodann ausführlich über die Geschichte der Entstehung der hiesigen Anstalt, zu deren Errichtung der Verein Pfälzer Ärzte den ersten Anlaß gab, der im Jahre 1846 in einer Immediateingabe an die allerhöchste Stelle darauf hinwies, daß die Verhältnisse der Irrenfürsorge in der Frankenthaler Anstalt unhaltbar geworden seien; der Neubau einer Anstalt in der Pfalz sei dringend nötig geworden.

Daraufhin wurden die bisher verschleppten Verhandlungen zielbewußt gefördert, der Platz für die neue Anstalt ausgesucht und die nötigen Grunderwerbungen gemacht; der Bau ward 1852 begonnen und die Eröffnung der Anstalt fand am 31. Dezember 1857 statt durch Überführung einer Anzahl Kranker von Frankenthal; der weitere Ausbau nach den damaligen Plänen vollzog sich in den darauffolgenden Jahren. Die Anstalt war so für 300 Kranke eingerichtet.



Nach Erklärung der Anlage der Anstalt an Hand von Plänen geht der Vortragende ein auf die Schilderung der weiteren Entwicklung der Anstalt, die im Jahre 1870 bereits 400 Kranke beherbergte; durch die Erbauung eines getrennt liegenden Hauses für Unheilbare im Jahre 1875 konnte die Überfüllung für kurze Zeit behoben werden. 1887 aber war die Überführung von 150 Kranken nach der teilweise umgebauten Frankenthaler Anstalt nötig geworden; 1893 wurde ein eigener Gutshof für Klingenmünster eingerichtet, der 20 ruhigen, für die Feldarbeit tauglichen Kranken Gelegenheit zur Beschäftigung gibt.

Mittlerweile stieg die Überfüllung der Anstalt derart, daß 1897 der Bau eines Hauses für 100 unheilbare Männer sowie 2 Aufnahmehäuser mit Wachabteilungen für je 40 männliche und weibliche Kranke beschlossen ward; endlich wurden die beiden Abteilungen für unruhige Kranke beiderlei Geschlechts durch Aufbau eines Stockwerkes erweitert; die Bauänderungen wurden 1901 zu Ende geführt, die Krankenzahl aber hatte in der Zeit so zugenommen, daß die neue Belegzahl von 700 Kranken im Januar 1903 um 56 übertroffen wurde.

Im Frühjahr 1909 stieg die Krankenzahl auf 975 an. Die rasche Zunahme der Patienten ist vorzugweise bedingt durch die Vermehrung der Bevölkerung in der Pfalz, die von 677 981 Einwohner im Jahre 1880 auf 885 833 im Jahre 1905 gestiegen war. Daher wurde im Jahre 1904 die Errichtung einer weiteren größeren Anstalt für die Pfalz beschlossen; zu ihrer Errichtung wurde ein ausgedehntes Gelände bei Homburg gewählt. Am 8. Juli 1909 kamen von Klingenmünster aus die ersten 100 Kranken dorthin, denen am 13. Oktober 1909 noch weitere 100 folgten.

Zum Schluß zählt *Karrer* noch eine Reihe von eingreifenden baulichen Änderungen für Klingenmünster auf, die bis in die letzten Jahre geschahen.

*Vocke* dankt für die Bemühungen um das Zustandekommen der diesjährigen Versammlung und lädt nochmals dringend zum Besuch der Frankenthaler Anstalt am 21. Mai ein.

Er gibt sodann den Einlauf bekannt, verliest einige Begrüßungs- und Entschuldigungschreiben, darunter von Geheimrat *v. Grashey*, Professor *Weygandt*-Hamburg, Direktor *Kraußold*-Bayreuth, und legt Bericht über die Kassaführung ab, deren Prüfung Direktor *Herfeldt* übernimmt. Der Aktivrest beträgt 341 ℳ 76 Pf.

Nunmehr wurde in die Behandlung des Referats: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker“ eingetreten.

Erster Referent: *Kundt*-Deggendorf. Sein Referat erscheint in der Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. (Alzheimer u. Lewandowsky).

Zweiter Referent: *Rüdin*-München. (Sein Referat wird am gleichen Orte veröffentlicht werden.)

*Vocke* dankt für die Erstattung der Referate, vertagt die Diskussion auf Nachmittag und schließt nunmehr die Vormittagsitzung.

Während der Pause wird in der Anstalt ein Frühstück eingenommen. Um 1¼ Uhr wird die Diskussion eröffnet.

Als erster spricht *Kolb*-Kutzenberg und betont, daß die Frage der besonderen Versorgung der kriminellen Kranken im wesentlichen dann und dort brennend wurde, als die Anstalten zu groß wurden; auch hier liegt eine Mahnung zur Vorsicht vor allzu großen Anstalten. Der gegenwärtige Zeitpunkt ist insofern nicht ganz günstig für eine Stellungnahme zu jener Frage, als die bisher einzig feststehenden Dinge, Strafprozeßordnung und Strafgesetz, in der Umarbeitung begriffen sind; die Strafprozeßordnung wird ja wohl wenig Änderungen erfahren (§ 471—473 entsprechen ziemlich den §§ 487 und 493), dagegen bringt das neue Strafgesetzbuch möglicherweise die Anerkennung der geminderten Zurechnungfähigkeit und damit im Vereine mit § 65 und § 70 eine so beträchtliche Verschiebung der Verhältnisse, daß es zweifelhaft ist, ob die von *Rüdin* gemachten Vorschläge, die gegenwärtig sicher am leichtesten erreichbar sind, dauernd befriedigen werden. Es dürfte zweckmäßig sein, das in der These zum Ausdruck zu bringen. Jedenfalls wäre es für die Verhältnisse seiner Anstalt erwünscht, daß die Thesen nicht für alle Anstalten und Kreise Sonderunterbringung fordern, sondern nur dort, wo sie sich durch die Verhältnisse, insbesondere durch die ja meistens gegen den Willen der Psychiater erfolgte Größenentwicklung der Anstalten als notwendig erwiesen hat.

*Eccard*-Frankenthal ist der Ansicht, daß die bevorstehenden Änderungen im Strafgesetzbuch, besonders auch die Einführung der verminderten Zurechnungfähigkeit, noch mehr das Bedürfnis nach möglichster Ausscheidung der Kriminellen und Degenerierten geltend machen werden, besonders auch, weil eine Verwahrung der Jugendlichen in den Anstalten zu erwarten ist, da es ja mit Spezialanstalten für Jugendliche gute Wege hat und gerade der depravierende Einfluß der Kriminellen auf Jugendliche besonders zu fürchten und hintanzuhalten ist.

Nach einem kurzen Einwand *Kolbs*, daß die Jugendlichen nicht mit den Kriminellen zusammen untergebracht werden, äußert *Kaufmann*-Werneck seine Ansicht dahin, man solle die günstige Gelegenheit benützen, geeignete Objekte für eine Zentralanstalt zu erwerben. Der Neubau von festen Häusern in den Anstalten oder die Angliederung an Strafanstalten sei mit großen Kosten verbunden und zeitraubend. Die Zentralisierung sei angezeigt, um die ungeeigneten Elemente rascher aus den Anstalten zu entfernen.

Hiegegen glaubt *Vocke*, daß nicht genug Kranke da sind, um die Staatsanstalt zu füllen; gegen eine derartige Unterbringung werden sich auch die Kreise wehren, da sie selbst die Kranken billiger verpflegen



können; sie werden daraufkommen, einzelne Abteilungen einzurichten. Der Kreis, der kein Bedürfnis hat, wird auch keine derartigen Abteilungen bauen, aber wo das Bedürfnis vorhanden ist, kommt es billiger, einen entsprechenden Bau zu errichten; Kutzenberg nimmt eben eine Sonderstellung ein; es werden wohl keine Kranken von Bayreuth nach Kutzenberg gekommen sein, die sich nicht dorthin geeignet haben; für solche Elemente sind auch die kolonialen Anstalten nicht da.

Es kommt weiter darauf an, welche Kranke bei der Umfrage für Sonderabteilungen passend erachtet wurden, in Eglfing sind nur schwere Verbrecher hierzu gezählt worden.

Der Schwerpunkt unseres heutigen Beschlusses soll darin liegen, daß zum Ausdruck gebracht wird, es bestehe dringend ein Bedürfnis zur Abhilfe, aber eine Zentralanstalt sei nicht zu empfehlen. Adnexe an Strafanstalten sind wünschenswert, für die anderen hier in Betracht kommenden Kranken müssen Sonderabteilungen in den Irrenanstalten eingerichtet werden.

Für die Errichtung einer staatlichen Anstalt besteht keine Aussicht, da sie der praktischen Durchführbarkeit entbehrt, denn der Staat nimmt die Fürsorge für diese kriminellen Elemente nicht ab. Bei den Beschlüssen sich einig zu zeigen, ist dringend nötig.

*Kolb* erwidert hierauf, daß er eine sehr labile Krankenbewegung habe; er nehme jeden, der zur Aufnahme komme, auch habe er kein ausgesuchtes Krankenmaterial.

*Demuth*-Speyer stimmt den Ausführungen *Rüdins* bezüglich der Schaffung von Irrenadnexen an den großen Strafanstalten Bayerns und solcher (festen Häuser, Isolierhäusern) bei den einzelnen Irrenanstalten zu. Es dürfte dies am ehesten den Erfordernissen des praktischen Lebens, den von den Irrenärzten zu stellenden Ansprüchen und den Anforderungen des Strafvollzuges entgegen kommen.

Die Schaffung einer Zentralanstalt in dem mehrfach beregten Sinne für das ganze Königreich, z. B. in Plassenburg, dürfte wohl weniger zu begrüßen sein. Zunächst wäre eine solche Anstalt, ihrer ganzen voraussichtlichen Gestaltung und Einrichtung nach, wohl tatsächlich nicht viel mehr als ein wenig geändertes Zuchthaus, und es steht sehr zu fürchten, dass der irrenärztliche Standpunkt mehr in den Hintergrund treten würde. Schwierigkeiten dürfte auch die Durchführung der Benutzung durch die einzelnen Kreise haben und unter Umständen auch die Kostendeckung. Sollte allerdings der Staat die Herstellung, Einrichtung und den Betrieb allein übernehmen, dürften die Landräte der Kreise wohl damit zufrieden sein; sollten aber die Kreise im Verhältnisse zu den Kosten beigezogen werden, so würden diese sich die Frage vorlegen, ob dies bei den bestehenden Irrenanstalten nicht leichter und billiger zu haben sei durch Schaffung von festen Häusern oder Isolierpavillons bei jeder Anstalt einer Provinz oder innerhalb derselben nur bei einer.

In der Pfalz wurde bei der Errichtung von Homburg der Vorschlag gemacht, in diesem großen Gelände in unmittelbarer Nähe der Zentralanstalt, aber gesondert von ihr, ein solches festes Haus für den Kreis zu errichten. Vom Landrate wurde dieser Antrag der Regierung abgelehnt, und vorerst hat Klingenmünster diese Kranken aus der ganzen Pfalz aufzunehmen.

Käme nun zu solchen Errichtungen bei Irrenanstalten noch die Schaffung von Adnexen bei den großen Strafanstalten, so dürfte dann den Forderungen der praktischen Verhältnisse sowohl als auch denen der Irrenärzte wohl Genüge geschehen sein. Wenn aber nun der Herr Referent als einen der Vorzüge einer solchen Einrichtung bei den Strafanstalten das erleichterte Versetzen aus der Strafanstalt in den Irrenadnex, das leichte Zurückversetzen und weiterhin die fortdauernde Bekanntschaft mit der Individualität der Einzelnen bezeichnet, so möchte er fragen, ob diese angeführten Vorteile nicht hinfällig sind, wenn der Herr Referent für Bayern nur 2 solcher Irrenadnexe geschaffen haben will.

*Rüdin* ist dafür, daß versuchweise zuerst an einer Strafanstalt ein Adnex errichtet werden soll; die geisteskrank gewordenen Verbrecher kommen nach der Hauptanstalt, wo der Adnex besteht; die Transporte dürften keine Schwierigkeiten machen, da ja häufig solche stattfinden. Die Leute bleiben dabei im Strafvollzug.

*Dees*-Gabersee ist auch der Ansicht, daß wir uns gegenwärtig mit unseren Vorschlägen nicht in der gelegensten Zeit befinden wegen der Neuformulierung der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzbuches. Denn wenn angenommen wird, was der deutsche Verein für Psychiatrie, namentlich unter dem Einfluße *Cramers*, in seiner letzten Versammlung in Köln vorgeschlagen hat, daß nämlich das Verfahren auch bei Geisteskranken vollständig durchgeführt wird, und wenn es somit nicht mehr zu einer Einstellung des Verfahrens wegen nachgewiesener Geisteskrankheit kommt, wird eine genauere Spezialisierung (allerdings nur formeller Art) und damit auch eine präzisierte Bestimmung über die Verwahrung der Kriminellen möglich sein.

Sodann muß er der Ansicht *Kolb*s beipflichten, daß die Kriminellen einer Anstalt in einem gewissen Verhältnis zur Größe der Anstalt stehen, und zwar scheint das Verhältnis der Kriminellen mit der Größe der Anstalt zu wachsen, nicht so fast im arithmetischen als vielmehr im geometrischen Proportionsverhältnis. Die Ursachen sind hauptsächlich imponderable Dinge, bei denen die individuelle Behandlung die Hauptsache ist. Gabersee hatte als kleine Anstalt bei 80% Beschäftigten fast keine Kriminellen, jetzt als große Anstalt sehr viele.

*Feldkirchner*-Karthaus-Prüll hält es für geboten, zu betonen, daß bei den gegenwärtigen Verhältnissen das einzig richtige ist, die Vorschläge der Referenten einstimmig anzunehmen.



*Vocke* ist ebenfalls für Beschlußfassung; die Adnexe müssen gebaut werden; das Erreichbare muß angestrebt werden; der heutige Beschluß kann durch spätere Beschlüsse erweitert werden.

*Eccard* stimmt voll und ganz bei, daß vor der Änderung der Strafprozeßordnung die Vorschläge gemacht werden und zwar im Sinne der Referenten, umsomehr als die Erfahrungen, die andere Staaten mit Zentralanstalten gemacht haben, durchaus nicht verlockend sind.

*Kundt* erhält nunmehr das Schlußwort: Es ist richtig, was *Vocke* hervorgehoben hat, daß die Qualifikation „verbrecherisch" seitens der verschiedenen Anstalten sehr verschieden erteilt worden ist; es ist aber aus den hervorgehobenen Gründen unmöglich gewesen, diese Ungleichheit dadurch zu vermeiden, daß ein Arzt das gesamte Material selbständig bearbeitete. *Kolb* möchte er erwidern, daß er zur Erklärung der besonders günstigen Kutzenberger Verhältnisse nur vermutungweise aussprechen wollte, es könne eine besondere Auswahl der Kranken aus der Bayreuther Anstalt dafür Mitursache sein. Er freue sich, zu hören, daß das nicht der Fall ist, glaube aber, daß außer der relativen Kleinheit der Anstalt mit ihren einer individualisierenden Behandlung günstigen Verhältnissen doch wohl eine sehr weite Ausdehnung des Begriffes der kriminellen Kranken bei der Zählung hierfür mit maßgebend ist.

Auf weitere Ausführungen könne er verzichten.

*Rüdin* hebt nochmals die Notwendigkeit einer Änderung der jetzigen Verhältnisse hervor. Derartige kriminelle Elemente brauchen feste Einrichtungen, das müsse betont werden.

*Vocke* formuliert die Vorschläge im Sinne der beiden Referenten, deren Redigierung dem Vorstand des Vereins vorbehalten bleiben soll, und empfiehlt die einstimmige Annahme, die auch erfolgt.

*Vocke* dankt nunmehr den beiden Referenten für ihre Ausführungen im Namen des Vereins.

*Damköhler*-Klingenmünster trägt über Vererbung von Geisteskrankheiten vor.

Er berichtet über 10 Familien, in denen gehäufte Fälle von Geistesstörung vorkamen, die in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster behandelt wurden.

In 8 Familien waren außer den Erkrankungen der älteren Generationen immer je einer der Eltern (sei es Vater oder Mutter) und zwei Kinder geisteskrank, in zwei Familien je drei Geschwister.

Von jenen acht Familien war bei 6 Gruppen gleichartige Vererbung festzustellen und zwar in 4 Familien affektive Störungen auf endogener Grundlage, in je einer Familie Dementia praecox und paranoische Zustände.

Zu jenen endogenen, vererbten affektiven Störungen ist zu bemerken, daß es sich nur in 2 Familien um Vererbung rein manisch-depressiver

Formen handelt. In zwei Familien erkrankte von den Kindern bezw. Geschwistern je eines an manisch-depressivem und das andere an hysterischem Irresein. Eine bestimmte sichere Ursache für dieses von der Norm abweichende Verhalten kann nicht angegeben werden, jedoch muß bemerkt werden, daß in der einen dieser beiden Familien das manisch-depressive Irresein des Vaters mit Trunksucht kompliziert war, in der anderen Familie die manisch-depressive Erkrankung der Mutter eine sehr schwere war und bei den letzten Anfällen nicht zur vollen Genesung kam, sondern vielmehr ein ängstlich verzagtes, gedrücktes Wesen und leichte Labilität zurückließ. Außerdem traten beide hysterische Erkrankungen nach affektvollen Erlebnissen auf.

Die Ausgänge der manisch-depressiven Fälle waren nicht durchweg günstig. Besonders wenn, wie in zwei Fällen, die endogene Anlage mit dem exogenen Moment der Trunksucht kompliziert war, verlängerten sich die krankhaften Perioden, und es trat im letzten Anfall der Ausgang in geistige Schwäche ein. Bei einem dieser Kranken traten in dem einen Anfall schon nach längerem Bestehen der Erregung episodisch delirienähnliche Sinnestäuschungen und interkurrent katatone Züge auf. In Schwachsinn endigten auch die manisch-depressiven Fälle der äußerst schwer und mannigfach belasteten Familie W. bei Mutter und zwei Kindern. Fast immer trat die Geisteskrankheit bei den Kindern in einem früheren Lebensalter auf, als bei den Eltern, in einem Falle erkrankte die Tochter ein Jahr vor dem Ausbruch der Psychose ihrer Mutter.

Von der Familie, in der Vater, Sohn und Tochter an Dementia paranoides erkrankten, ist beachtenswert, daß die Krankheit des Vaters ausgelöst wurde durch einen schweren Unfall, Sturz vom Pferde. Daß die Anlage zu der Psychose aber schon vorher vorhanden war, ist wohl aus der durchaus gleichartigen Erkrankung der Tochter zu schließen, die lange vor dem Ausbruch der Psychose des Vaters geboren war. Der Sohn, der in den ersten Jahren nach Ausbruch der Psychose des Vaters geboren war, erkrankte bei weitem am schwersten und verfiel in hochgradigen Schwachsinn.

Die Bezeichnung „paranoische Zustände“ wurde gewählt, um den hervorstechenden Symptomenkomplex zu bezeichnen, da die Fälle sich in keine der bestehenden Formen einreihen ließen.

Das Überwiegen der Sinnestäuschungen und Mißempfindungen, der Wahn körperlicher Beeinflußung, der oft unsinnige Inhalt der Wahnvorstellungen ließen ja zunächst an Dementia paranoides denken; was aber unsere Fälle von der Eigenart dieser Gruppe unterscheidet, ist die andauernde außerordentlich gesteigerte affektive Erregbarkeit, die trotz der langen Dauer der Störung die krankhaften Äußerungen begleitet. Von einer gemütlichen Verblödung war auch in den vorgeschrittenen Fällen nichts zu bemerken. Als eine Form des manisch-depressiven Irre-

seins waren die Fälle auch nicht aufzufassen, wegen des völligen Fehlens irgend welcher periodischer Schwankungen.

In zwei Familien, in denen je der Vater und zwei Kinder erkrankten, bestand ungleichartige Vererbung. In einem Falle war der Vater geistig beschränkt und dem Branntweingenuß ergeben und erkrankte an Paranoia auf alkoholischer Basis mit Ausgang in Schwachsinn, der Sohn, der selbst Trinker war, erkrankte an Dementia paranoides, die Tochter an manisch-depressivem Irresein.

Im anderen Falle erkrankte der Vater an Dementia paranoides, die eine Tochter, die der Trunksucht ergeben war, an einem paranoischen Zustand mit Ausgang in Schwachsinn, die andere an Manie.

Es bestand also in beiden Fällen bei je einem der Descendenten eine Komplikation der vererbten Anlage mit dem exogenen Moment der Trunksucht, und in beiden Fällen resultierten paranoide Krankheitbilder mit ungünstigem Ausgang. Die affektiven Psychosen der anderen beiden Geschwister boten für den Anfall bisher günstige Prognosen.

Schließlich verblieben noch die beiden Familien, von denen je drei Geschwister erkrankten und hier verpflegt und behandelt wurden. Auch hier war ungleichartige Vererbung festzustellen, je eines der drei Geschwister erkrankte an manisch-depressivem Irresein, die anderen beiden an Paranoia, bezw. an Dementia praecox. Dieses Vorkommen widerspricht den Beobachtungen *Siolis*, *Vorsters* und *Kraichgauers*, nach denen sich manisch-depressive Fälle und Dementia praecox hinsichtlich der Vererbung innerhalb einer Familie gegenseitig nahezu ausschließen.

In dem einen Falle R. ist wohl in der auffallend starken erblichen Belastung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein Grund für das Auftreten zwei so verschiedener Formen innerhalb der Geschwistergruppen zu sehen.

Der Vater war ein exaltierter Mann, die Mutter „geistig beschränkt", abergläubig, ein Bruder des Vaters „wunderlich", ein Bruder der Mutter geisteskrank. Bei den zu verschiedenartigen Einflüssen der Eigenart der Eltern auf die Kinder ist vielleicht die Möglichkeit gegeben, daß bei den Kindern verschiedene Symptomenkomplexe zur Anlage und Entwicklung kommen, die dann zu so ungleichartigen Krankheitbildern führen.

Eine ähnliche Ursache läßt sich im anderen Falle nicht anführen. In der Ascendenz ist von Anomalien nur der auffallende Charakter der Mutter bekannt, die stets gänzlich zurückgezogen lebte, sehr religiös war, jeden Verkehr mied, immer in der Bibel las und zeitweilig verwirrt war. Dieser Eigenschaft gemäß erzog sie auch ihre Kinder zu menschenscheuen Personen, die sich von allem abschlossen und der Außenwelt mißtrauisch, ablehnend, wenn nicht feindlich entgegentraten.

Ein Punkt möge nicht unerwähnt bleiben. Bei der vergleichenden Betrachtung der Geisteskrankheiten innerhalb einer Familie findet man bisweilen im Inhalt der psychotischen Symptome eine weitgehende



Ähnlichkeit, wenn nicht Übereinstimmung. In der Entäußerung der Symptome gegenüber der Außenwelt aber unterscheiden sich die Familienglieder wesentlich von denen, die einen ein sich gleichbleibendes Verhalten darbieten, während die anderen eine typische Periodizität erkennen lassen, die vollkommene Übereinstimmung zeigt mit den wechselnden Zuständen des manisch-depressiven Irreseins. Es handelt sich meist um die Kombination von paranoischen Symptomen mit periodischem Wechsel der reaktiven Äußerungen und des Gesamtverhaltens.

Aus der kleinen Zahl der Beobachtungen familiärer Geistesstörungen ergibt sich, daß gleichartige Vererbung überwiegt, besonders wenn die endogene Anlage die alleinige Ursache der Störung beim Descendenten ist. Akzidentielle exogene Momente beeinflussen den Charakter, Form und Verlauf der Geistesstörung; die Wirkung des Alkohols speziell führt oft zur Erzeugung paranoider oder paranoischer Krankheitbilder. Bei Komplikationen manisch-depressiver Formen mit Trunksucht verlängern sich die krankhaften Perioden und endigen in geistiger Schwäche.

Möglicherweise hat eine gehäufte verschiedenartige schwere erbliche Belastung von mütterlicher und väterlicher Seite bei der Descendenz Verschiedenheiten der Krankheitformen zur Folge.

(Der Vortrag erscheint im Vereinsblatt der Pfälzer Ärzte.)

*Hügel*-Klingenmünster spricht über den Typhus in der Anstalt Klingenmünster und dessen Bekämpfung.

Anknüpfend an eine Abhandlung *Karrer*s aus dem Jahre 1889 über den Typhus der Anstalt Klingenmünster (veröffentlicht im Vereinsblatt der Pfälzer Ärzte 1889 Nr. 5) hat der Vortragende die darin niedergelegten und die später folgenden Typhusfälle, besonders die seit 1902 vorgekommenen, bearbeitet und weist an den Plänen der Anstalt nach, daß die früher aufgestellte lokalistische Theorie für die Verbreitung des Typhus nicht zutreffen kann.

Erst durch die Mitarbeit der kgl. bakteriologischen Untersuchungstation in Landau vom Jahre 1903 an ist es gelungen, Klarheit in das Wesen der Endemie zu bringen und die tückische Krankheit erfolgreich zu bekämpfen. In den einzelnen Fällen der letzten Jahre gelang es mit ihrer Hilfe, die Quellen der Krankheit in sogenannten Typhusträgern, körperlich gesunden Individuen, die virulente Typhusbazillen periodisch oder ständig ausscheiden, zu ermitteln und durch deren peinliche Überwachung und Absonderung die Ausbreitung und das Wiederauftreten des Typhus in Klingenmünster hintanzuhalten.

Aus diesen Beobachtungen ist die rationelle Art der Typhusbekämpfung abzuleiten:

Die sämtlichen von Typhus und ähnlichen Krankheiten befallenen, insbesondere die akut fiebernden Leute, sind sofort der bakteriologischen



Untersuchung zugänglich zu machen; unerläßlich ist die Untersuchung sämtlicher drei Faktoren, des Blutes, des Stuhles und Urines und zwar wiederholt; denn der Widal ist nicht ganz zuverlässig, da er oft erst nach Auftreten der Krankheit vorkommt, auch bei nie typhuskranken Leuten sich findet und bei Typhuskranken ausbleiben kann; außerdem ist die Dauer seines Auftretens sehr schwankend, von einigen Wochen bis zu 12 Jahren; allerdings muß bei den Erkrankungen in Betracht gezogen werden, daß der Verlauf des Typhus äußerst wechselnd ist; gar manche Influenzafälle oder Intestinalkatarrhe mögen typhös sein.

Um Einschleppung zu verhüten, ist neben der sorgfältigsten dahin gerichteten Anamnese die Kontrolle der Neuaufnahmen streng durchzuführen, wie in Klingenmünster schon im Jahre 1904 im Einvernehmen mit der Station angefangen wurde. Sämtliche Neuaufnahmen, sowie das neueintretende Personal müssen Blut, Stuhl und Urin sogleich nach der Ankunft, die Ausscheidungen zum zweiten mal nach 8 Tagen auf Typhus untersuchen lassen und ist hier diese Maßregel nie auf ernstliche Schwierigkeiten gestoßen.

Sämtliche Fälle von Typhuskranken und Typhusträgern und auch die Verdächtigen müssen so rasch wie möglich isoliert werden; am besten eignen sich hierzu die alleinstehenden Baracken; in Ermangelung solcher sind die Leute auf der Abteilung abzusondern, wie hier geschehen ist; allerdings ist die Gefahr einer Infektion viel größer, da trotz aller Vorsicht die pathogenen Keime in die Spülküche, beim Putzen in die Abteilung usw. verschleppt werden können. In hiesiger Anstalt ist bis jetzt auf diese Weise unter intensivster Inanspruchnahme des Personals ein gewisser Erfolg zu verzeichnen, aber zuverlässig ist die Methode nicht.

Daß alle mögliche Reinlichkeit, Desinfektion usw. dabei gewahrt wird, ist eigentlich selbstverständlich, insbesondere bewährt sich bei uns das Abspülen der Eßgeschirre mit 1proc. Formalinlösung ausgezeichnet.

Es ist sicherlich kein Zufall, daß gerade in den unruhigen und unreinen Abteilungen hier so viel Typhusfälle vorgekommen sind; daher ist der Wachsaal- und Badbetrieb noch mehr auszudehnen. Auch der Überfüllung der hiesigen Anstalt in den Jahren 1883—1887 und 1900—1909, die in geringerem Maße heute noch besteht, ist die Mitschuld an den Epidemien aufzubürden.

Zum Schlusse sei noch kurz auf die Typhusträger eingegangen; hier sind Dauerausscheider, die seit ihrer Erkennung 1904 andauernd virulente Bakterien ausscheiden, ohne vielleicht je einen wirklichen Typhus überstanden zu haben; sicherlich handelt es sich hier um eine Art Symbiose, ähnlich wie beim Colibakterium; die Typhusbazillen gelangen vom Darm aus in die blutbildenden Organe, setzen sich dort fest und haben in der Gallenblase eine Art von Reservoir, wo sie sich sammeln und von Zeit zu Zeit ausgeschieden werden; bei Exstirpation der Gallenblase können sie aus der Leber nachgeschoben werden; daß die Galle ihnen

zusagt, geht aus der experimentellen Gallenanreicherung hervor, auch sind sie bei der Sektion von Trägern in der Regel dort am reichlichsten nachzuweisen.

Die Anwendung aller möglichen Darm- und Körperdesinfizientien bei den Typhusträgern vermochte bis heute die Ausscheidung der Bakterien nicht aufzuheben; Milchdiät, da die Milchsäure sie schädigen soll, Kreosotal, das eine vorübergehende Hemmung des Wachstums zeitigte, Isoform, Urotropin, Formamint, Laktophenin, Laktobazillin, das gepriesene Entgiftungsmittel des Yoghurt und seit neuester Zeit Chloroform und Olivenöl, das besondere Affinität zu den Leberzellen besitzt, haben bis jetzt versagt.

Vielleicht ist es aber angezeigt, von Anfang der Erkrankung an derartige Mittel zu verabreichen, um die Akklimatisation des Körpers und der Typhusbazillen zu verhindern und so das Übergehen der Kranken in Typhusträger von vornherein zu beheben, sodaß nach Möglichkeit die weitere Ausbreitung des Typhus auf diesem häufigsten Wege verschlossen ist; dann wird mit Hebung der sozialen Hygiene des Außenlebens der Typhus auch aus den Anstalten, selbst wenn sie überfüllt sind, verschwinden können.

(Der Vortrag erscheint im Vereinsblatt der Pfälzer Ärzte.)

In der Diskussion fragt zunächst *Herfeldt*, welche Beobachtungen in Klingenmünster über die Todesursachen der Typhusträger gemacht worden sind.

*Dees* bemerkt, daß der Typhus in Anstalten ein sehr schwieriges Kapitel ist; er ergreife nur in der Absicht das Wort, in diese dunkle, aber ihm höchst wichtig erscheinende Sache so viel als möglich Klarheit bringen zu helfen.

Vor allem halte er noch eine Klärung für nötig über die Beziehung des Typhus zur Ruhr, weil seine Erfahrungen und Beobachtungen dahin weisen, daß zwischen diesen Krankheiten ein enger Konnex besteht, und er sie geradezu als Zwillingsgeschwister bezeichnen möchte. Bekanntlich war in Gabersee von 1900—1905 Typhus. Nach Durchführung umfangreicher sanitärer Maßnahmen verschwand der Typhus, aber plötzlich trat im Winter 1906/7 eine Ruhrepidemie überraschend auf. Er konnte sich nicht klar darüber werden, ob diese Dysenterie eine ganz neue Krankheit war, oder ob sie als Überbleibsel des Typhus anzusprechen sei. Doch erschien die letzte Annahme als die weitaus wahrscheinlichere. Es wäre nun außerordentlich erwünscht, Klarheit über das Verhältnis des Typhus zur Ruhr zu erhalten. Von großer Wichtigkeit halte er als Vorboten dieser Krankheiten die sogenannten Massendiarrhöen, wie er sie in den Anstalten, in denen er bisher tätig war, beobachtet habe. Wenn Massendiarrhöen auftraten, blieb immer der eine oder andere Typhus- oder Ruhrfall hängen, und er betrachtete dieselben geradezu als ein Signal für den Eintritt neuer Erkrankungen. Er halte die Klarstellung über die Bezie-



hung des Typhus zur Ruhr für außerordentlich wichtig, besonders auch, weil Typhus und Ruhr eine Menge Nachkrankheiten im Gefolge zu haben scheinen und er die Ruhr keineswegs für harmlos, sondern für eine tükkische Krankheit halte, für schlimmer eigentlich als den Typhus, den man bekämpfen kann, während man gegen die ganz perfide Ruhr nicht ankann, weil die Diagnostik noch zu sehr im Dunkeln liegt.

*Eccard* hat von einer Kombination des Typhus und der Ruhr bisher noch nicht vernommen; er hält für wahrscheinlich, daß die Massendiarrhöen durch Erkältung oder Diätfehler entstehen und keine weitere Bedeutung haben. Er erwähnt ferner das Vorkommen der Widalreaktion bei Tuberkulose und weist auf seine an anderer Stelle erfolgte Veröffentlichung in dieser Frage hin.

*Aumüller*-Stephansfeld hat während seiner Tätigkeit in Hördt die gleichen Erfahrungen wie der Vortragende gemacht; verhältnismäßig häufig kam auch Paratyphus vor.

*Dees* kann der Ansicht *Eccards*, daß die Massendiarrhöen keine spezifische infektiöse Bedeutung haben, nicht beipflichten, denn sie sind häufig mit Fieber verbunden und lassen sich nach seinen Beobachtungen mit Diätfehlern und Erkältungen nicht in Einklang bringen, und, was ihm als besonders wichtig erscheint, sie haben aufgehört, seitdem die Ruhr aus Gabersee verschwunden ist. Ihr Verhältnis zur Ruhr wird auch von anderer Seite vermutet. Die Ansicht, daß die einheimische Dysenterie durch Amöben verursacht sei, ist nicht haltbar, es handelt sich offenbar um Bazillenruhr, wie die im hygienischen Institute zu München angestellten bakteriologischen Untersuchungen mit ziemlicher Sicherheit annehmen lassen, wenn auch die Art der in Betracht kommenden Bazillen (virulente Form des Kolibazillus?) noch nicht eruiert ist.

*Vocke* bemerkt, daß das Auftreten des Typhus nicht an der Lokalität liegen könne, sondern an der Einschleppung; bei Durchsuchen von Eglfing seien ebenfalls Bazillenträger festgestellt worden.

*Eccard* will durchaus nicht der lokalistischen Theorie das Wort reden.

*Schultz*-Landau zweifelt auf Grund seiner Tätigkeit an der kgl. bakteriologischen Untersuchungstation Landau, daß die Untersuchungen derart genau ausgeführt werden können, daß die Typhusbazillen sicher nachgewiesen werden; die untersuchten Kot- und Urinmengen sind so klein, daß leicht Fehler unterlaufen können.

Im Schlußwort betont der Vortragende, daß bei der Widal-Agglutination nicht bloß ein spezifischer Stoff in Betracht komme, sondern wohl auch allgemeine Antitoxine, daher das Auftreten von Widal bei Tuberkulose und, wie hier wiederholt beobachtet, bei Paralytikern, wohl bedingt durch die Lues.

Widal ist aber unbedingt nötig, da er ein sehr wichtiger Indikator für Typhus ist.





Bezüglich der Todesursache bei Typhusträgern wurde hier meist Tuberkulose festgestellt, in einem Falle wurden durch den Tuberkelbazillus die Typhusbakterien in den letzten Wochen überwuchert und waren nicht mehr nachzuweisen.

Paratyphus scheidet aus, er hat mit Typhus nichts weiter gemein.

Der Zusammenhang zwischen Ruhr und Typhus ist rätselhaft, es handelt sich wohl doch um völlig verschiedene Krankheiten. Die Untersuchungen der Faeces sind nach den hiesigen Erfahrungen von größter Wichtigkeit und führten bis jetzt nach der üblichen Methode stets zum Ziel; wenn auch die untersuchte Menge klein ist, so kommen doch die Bazillen in großer Anzahl in den Ausscheidungen vor, und die systematisch wiederholte Untersuchung scheidet Fehlerquellen nach Möglichkeit aus.

Nunmehr gibt *Herfeldt* die revidierte und richtig befundene Rechnung zurück; er regt an, den Überschuß verzinslich anzulegen.

Bezüglich des im Vorjahre bestimmten Referats für das nächste Jahr „Familienpflege“ gibt *Vocke* eine Anregung *Kraepelin*s bekannt, daß an dessen Stelle eine ausführliche Behandlung der paranoiden Zustände treten solle. Die Versammlung beschließt auf Anregung *Kundt*s mit Rücksicht auf den nächstjährigen Tagungsitz München, daß beide Referate bearbeitet werden sollen.

Zum Schluß wird die Anstalt Klingenmünster besichtigt.

Am 20. Mai wird die neue Anstalt Homburg unter der Führung des Herrn Direktors Dr. *Holterbach* eingehend besichtigt.

Am 21. Mai findet eine Versammlung in der Anstalt Frankenthal statt, zu der sich die Herren *Alzheimer*, *Dehler*-Frankenthal, *Eccard*, *Glas*, *Grimm*-Frankenthal, *Heckel*, *Hügel*, *Karrer*, *Kaufmann*, *Korte*, *Lemberg*, *Oppermann*, *Rancke*, *Rehm*, *Sandner*, *Stähler*-Frankenthal, *Vocke*, *Wagner*, *Weifenbach*-Goddelau, *Weinland* eingefunden haben.

*Vocke* eröffnet die Sitzung um 9¼ Uhr; *Eccard* begrüßt die Erschienenen, wofür *Vocke* dankt.

*Dehler*-Frankenthal bespricht Indikationen und Technik der Schädel- und Gehirnoperationen bei traumatischer, nicht traumatischer, *Jackson*scher und genuiner Epilepsie. Er schildert die Resultate und Erfahrungen der Chirurgie auf diesem Gebiete im letzten Jahrzehnt, wie sie sich bis zur Diskussion auf dem diesjährigen deutschen Chirurgenkongreß geklärt haben.

Nachdem das Auffinden des primär krampfenden Rindenzentrums jetzt technisch exakt und leichter ausführbar geworden ist, ist auch die *Horsley*sche Rindenexcision mehr in Aufnahme gekommen.



Bei genuiner Epilepsie ist die Ventilbildung nach *Kocher* von manchem Erfolg begleitet gewesen, auch in bezug auf die geistige Entartung. Nach exakter Untersuchung und entsprechender Auswahl könnte bei innigerem Zusammenarbeiten von Psychiatrie und Chirurgie mancher Epileptiker vor dem Siechtum bewahrt bleiben.

*Eccard* spricht über Adenoma sebaceum und tuberöse Idiotie unter Vorstellung zweier Fälle.

Den Hautärzten ist schon länger bekannt, daß die ziemlich seltene Erkrankung des Adenoma wie Epithelioma sebaceum mit Schwachsinn resp. Idiotie verbunden ist.

In den achtziger Jahren haben Bourneville und andere auf den Zusammenhang hingewiesen von Idiotie mit herdförmigen Tumorbildungen auf der Gehirnoberfläche und in den Seitenventrikeln, letztere von Hirse- bis Kirschkerngröße. Ein besonderer Charakter kommt jedoch dieser Idiotieform nicht zu, und meist sind es verblödete Epileptiker mit schweren Anfällen, die in relativ jüngeren Jahren sterben, doch kommen auch (wie der eine demonstrierte) ältere Fälle vor von mäßigem Schwachsinn ohne Anfälle. Eine weitere ebenfalls wenigstens in der Regel erst post mortem zu diagnostierende Erscheinung ist die große Häufigkeit von Tumoren in Nieren und Herz.

Alle diese Tumoren sind congenitaler Natur und haben denselben biologischen Charakter. *Vogts* Verdienst ist, an der Hand von im ganzen fünf Fällen auf ein äußeres Merkmal hingewiesen zu haben, nämlich das Vorkommen von Adenoma sebaceum, das anscheinend für die tuberöse Idiotie pathognomisch ist.

Es handelt sich hier entweder um eine Affektion des Gesichtes: Knötchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, teils nebeneinander, teils konfluierend von rötlichgelber bis blaurötlicher Färbung in den für den Gesichtsnaevus charakteristischen Schmetterlingzeichnungen vornehmlich über Nase und Wange.

Mit dieser Form vermischt oder auch allein ist eine wesensgleiche Hautveränderung, die in vereinzelten oder größeren Gruppen von Hauttumoren besteht, öfter von außen einer Keloidnarbe ähnelnd, die sich mit Vorliebe an der Haarstirngrenze und dem Rumpfe ausbreiten.

Die Erkrankung beruht auf Veränderung der Talgdrüsen.

Nachdem Vortragender schon 1908 in einem Falle auf Grund der *Vogt*schen Veröffentlichungen eine durch die Sektion bestätigte Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen konnte, sind ihm in der Folge noch zwei weitere Fälle von Adenoma sebaceum zugegangen.

1. H., geb. 1893, tiefverblödete und schwer epileptische Idiotin, die im übrigen weder psychisch noch körperlich Anhaltpunkte für die Sonderdiagnose bietet.






Starkes Adenom. sebac. fac. mit einem 3/1 cm großen Hauttumor an der rechten Stirnhaargrenze.

2. M., 24jährige, lebhafte, meist heitere Schwachsinnige mittleren Grades mit zeitweisen Aufregung- und Reizbarkeitzuständen. Starkes Adenoma sebaceum mit oberflächlichen Hauttumoren an der Stirne und größeren, tieferen an Rücken und Seite. Diese zeigt, eventuell als Folgen von Nierentumoren, seit einiger Zeit Vermehrung des Urins fast um das doppelte, mit Spuren von Eiweiß und mäßiger Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts.

In der Diskussion weist *Alzheimer* auf die Seltenheit der tuberösen Idiotie hin, deren Beschreibungen bis jetzt im Ausland gemacht worden sind. Die Idiotie bringt uns überhaupt noch eine Fülle der interessantesten Erscheinungen, die auch auf die anderen Krankheiten ein wesentliches Licht werfen. In Bayern sind die Idioten in Anstalten unter geistlicher Leitung untergebracht, daher sind keine Fälle zur Bearbeitung zu erhalten; sein Material stammt aus Paris und Bonn.

Die tuberöse Sklerose ist sehr interessant in bezug auf die Geschwulstlehre, da es hier nicht zu einer vollkommenen Differenzierung zwischen Stützsubstanz und Nervenzellen kommt.

Mit der Krankenvorstellung war die Demonstration von makro- und mikroskopischen Präparaten, die der Vortragende z. T. der Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. *Vogt* verdankte, verbunden, außerdem stellt der Vortragende noch vor einen Hypophysentumor mit beginnender Akromegalie des Gesichtes, zwei Fälle von Huntingtonscher Chorea (Vater und Sohn), einen Fall von schwerer juveniler Hysterie (Chorea hysterica) in der Folge von großem Schrecken mit nachfolgenden Masern und Chorea und eine Poliomyelitis anterior subacuta.

*Dehler* stellt einen congenitalen Hydrocephalus mit starker Verkrüppelung des ganzen Körpers, eine starke Athetose des linken Armes nach cerebrospinaler Kinderlähmung, einen Fall von angeborenem, totalem Mangel von Haaren und Nägeln am ganzen Körper vor.

Hilfsarzt *Grimm* demonstriert eine Dystrophia musculorum progressiva mit Atrophie der Gesichtmuskulatur, und Hilfsarzt *Stähler* stellt einen Fall von schwerem multiplen Fibroma molluscum und elephantiastischen Veränderungen der Extremitäten sowie einige andere Fälle interessanter körperlicher Erkrankungen vor.

Den Schluß der diesjährigen Versammlung bildet ein Rundgang durch die Frankenthaler Anstalt mit Besichtigung der in der Idiotenschule hergestellten Handarbeiten.

Klingenmünster, 29. Juni 1910.

Dr. *Hügel.*

## 132. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 18. Juni 1910.

Anwesend: *Adam*-Buch, *Alt*-Uchtspringe a. G., *Ascher*-Berlin, *Bernhardt*-Dalldorf, Landrichter *Dr. Caspari*-Grunewald a. G., *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Nordend, *Gallus*-Potsdam, *Gock*-Landsberg a. W., Referendar *O. Gock*-Fürstenwalde a. G., *K. Gock*-Berlin a. G., Prof. *Goldschmidt*-Berlin a. G., *Goldstein*-Lichterfelde, *Jacobsohn*-Berlin, Referendar *Dr. Jaeger*-Schöneberg a. G., *Klipstein*-Lichtenberg, *Knoerr*-Teupitz, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Arth. Leppmann*-Berlin, *Friedr. Leppmann*-Berlin, *Liepmann*-Dalldorf, *Dr. S. Lilienthal* a. G., *K. Löwenstein*-Berlin a. G., *Mittenzweig*-Gütergotz, *Moeli*-Lichtenberg, *Reich*-Lichtenberg, *Seelig*-Lichtenberg, *Helene Stelzner*-Charlottenburg.

Vorsitzender: *Gock*-Landsberg a. W.

Der Vorsitzende teilt mit, daß der Verein 4 Mitglieder durch den Tod verloren hat: San.-R. *Rehm*, den Leiter des bekannten Sanatoriums in Blankenburg a. H., Geh. Med.-R. *Elten*, Kreisarzt des Kreises Teltow, *Hopf*, Oberarzt in Landsberg a. W. und *Rosenberg*, Assistenzarzt in Buch. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren der Verstorbenen.

Die Kassenverhältnisse des Vereins werden dargelegt und dem Kassenwart Entlastung erteilt.

Der bisherige Vorstand wird durch Zuruf wiedergewählt.

Der Verein beschließt, zum Begrüßungsabend (2. Okt.) des internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke aus der Vereinskasse einen Geldbeitrag zu geben, dessen Höhe der Vorstand bestimmen soll.

Der Vorsitzende bittet ferner, daß Kollegen, die in fremden Sprachen bewandert und geneigt sind, während des internationalen Kongresses den Vorstand mit ihren Sprachkenntnissen zu unterstützen, sich bei Oberarzt *Falkenberg*-Lichtenberg melden mögen.

Es folgt das Referat über die Jugendlichen im Vorentwurf zum deutschen Strafgesetzbuch.

1. Referent *Dr. Seelig*-Herzberge: Die Mitwirkung des Psychiaters bei Ausgestaltung der Jugendparagraphen ist erforderlich, weil sich herausgestellt hat, daß unter der straffälligen Jugend sich ein hoher Prozentsatz von pathologischen Individuen befindet, und weil die psychologische Erkennung und Beurteilung der Jugendlichen wesentlich durch die Psychiatrie gefördert ist und weiter gefördert werden kann. Die Mitwirkung hat den Zweck, ebensosehr die Jugendlichen vor ungeeigneten Maßnahmen zu schützen, wie auch die Gesellschaft vor der gefährlichen Kriminalität der Jugendlichen.

Die wesentlichen Neuerungen im Vorentwurf bezüglich der Jugendlichen sind ärztlicherseits anerkennenswert. Der Entwurf rückt die Altersgrenze der Strafmündigkeit auf das vollendete 14. Lebensjahr hinauf,





er beseitigt das Erfordernis der zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderlichen Einsicht in dem bisherigen § 56 und trifft im § 69 Absatz 2 Vorsorge, daß in bestimmten Fällen das Gericht anstatt oder neben einer Freiheitstrafe Erziehungsmaßnahmen anordnen kann.

Die in anderen Teilen, außer in den §§ 68—70 enthaltenen Neuerungen geben zu medizinischen Erörterungen kaum Anlaß, da sie den geläufigen Anschauungen entsprechen.

Im übrigen wäre es vielleicht erwünscht, doch nicht darauf zu verzichten, eine Möglichkeit zu schaffen, geistig und körperlich nicht Gereiften im Alter von 18—21 Jahren gerecht zu werden, etwa in dem Sinne: Hatte der Täter zur Zeit der Tat das 18., aber nicht das 21. Lebensjahr vollendet, so sind hinsichtlich der Bestrafung (nicht Erziehung!) die Vorschriften über die Jugendlichen anzuwenden, wenn anzunehmen ist, daß die Gesamtentwicklung der Person des Täters seinem Lebensalter nicht entspricht.

Bei der Frage, wie sich Erziehungsmaßregeln zur Strafe verhalten sollen, wäre erwünscht, Erziehungsmaßregeln als die Regel, Strafe als die Ausnahme festzusetzen.

Die Verhängung von Strafe neben Erziehungsmaßregeln müßte fallen gelassen oder noch besonders geregelt werden. Bei der Unterbringung müßte die Prognose des Jugendlichen inbezug auf seine moralische und psychische Besserung in Erwägung zu ziehen sein.

Strafmaßnahmen gegen vermindert zurechnungfähige Jugendliche dürften kaum zweckmäßig sein.

Daß das Gericht die Unterbringung in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt vorschreibt, dürfte zu Widersprüchen mit anderen Bestimmungen führen und sollte in Wegfall kommen.

Statt des letzten Absatzes im § 70, daß Freiheitstrafen gegen vermindert zurechnungfähige Jugendliche auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten vollzogen werden können, erscheint es medizinischerseits verständlicher, wenn es bedeuten würde: Freiheitstrafen gegen vermindert zurechnungfähige Jugendliche können auch durch den in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten angeordneten Aufenthalt als vollzogen gelten.

Als Grundbedingung der Besserung der strafrechtlichen Behandlung der Jugendlichen dürfte das Zustandekommen des Verfahrens gegen Jugendliche im Entwurf der Strafprozeßordnung anzusehen sein.

Auch von medizinischer Seite wäre das Zustandekommen eines besonderen Reichsgesetzes für die Jugendlichen freudig zu begrüßen. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung).

2. (juristischer) Referent *Dr. W. Jaeger*: Die Neigung der Zeit zur Anhäufung großer Menschenmassen in Riesenstädten und die dadurch herbeigeführte Schwierigkeit und Mannigfaltigkeit der menschlichen Wechselbeziehungen erschwert besonders der Jugend die ruhige und stetige Entwicklung. Wenn früher eine kurze, übrigens selten gehandhabte Vorschrift des preußischen allgemeinen Landrechts ausreichte, die sich gegen Eltern richtete, welche die Erziehung ihrer Kinder vernachlässigten, so genügte dies bald nicht mehr. Bisher in kleineren Verhältnissen durch Haus und Schule geleitet und gehalten, entbehrt die Jugend in der Großstadt in breiten Volksschichten der Einwirkung der Familie und der persönlichen Beziehung zu den Leitern der Schule. Es kam das preußische Gesetz vom 30. März 1878 mit Novellen vom 27. März 1881 und 23. Juni 1884, beruhend auf der Novelle zum Reichsstrafgesetzbuch vom 26. Februar 1876: „Gegen denjenigen" — Übeltäter unter 12 Jahren, der strafrechtlich noch nicht verfolgt werden kann, — „können nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften die zur Besserung und zur Beaufsichtigung geeigneten Maßregeln getroffen werden. Die Unterbringung in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt kann auf Grund eines Beschlusses der Vormundschaftsbehörde erfolgen". Dies und die Bestimmung des § 56 RStGB. sind die Wurzeln der heutigen Bestimmungen.

Die Kämpfe in Versammlungen, Vereinen und Kommissionen um eine einheitliche Regelung der Materie im Bürgerlichen Gesetzbuch haben zu einem vollen Ergebnis nicht geführt, sowie auch jetzt die Wünsche nach einem einheitlichen Strafrecht für Jugendliche nicht voll berücksichtigt werden. Eine durchgreifende reichsgesetzliche Regelung ist vom Reichstag abgelehnt worden, jedoch sind die landesgesetzlichen Vorschriften über die Zwangserziehung Minderjähriger mit der Maßgabe unberührt gelassen, daß die Zwangserziehung nach diesen Gesetzen zulässig ist, wenn sie vom Vormundschaftsgericht angeordnet ist. Ferner kann, abgesehen von den Fällen der §§ 1666 und 1838 des Bürgerlichen Gesetzbuches, die Zwangserziehung erfolgen, wenn sie zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens notwendig ist (Art. 135 des EG. z. BGB.) Auf Grund dieser Bestimmungen wurde das preußische Gesetz vom 2. Juli 1900 über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger geschaffen. Abgesehen vom Gesetz vom 8. März 1871 in der Neufassung vom 11. Juli 1891, das die Verpflichtung der Landarmenverbände regelt, gründet sich demnach der heutige Rechtzustand, nach dem die Jugendlichen behandelt werden, landesrechtlich auf das Gesetz vom 2. Juli 1900, reichsrechtlich auf die §§ 55, 56 des RStGB. und die §§ 1666 und 1838 BGB.

Bevor ich auf unsere Verhältnisse, wie sie sich in Zukunft gestalten werden, eingehe, gestatten Sie mir zunächst einen Blick auf die amerikanischen Einrichtungen zu werfen, die einen so großen Einfluß auf die Entwicklung in Deutschland gehabt haben.

Das erste Jugendgericht in Amerika stammt aus dem Jahre 1899, jetzt hat sich die Einrichtung wohl den ganzen Staatenbund erobert. Grundsätzlich hilft das Volk, der Staat steht in zweiter Linie, unterstützt aber durch geeignete Gesetzesbestimmungen, die Bestrebungen privater Fürsorgetätigkeit. Freiwillige Vereinigungen, children's aid societies und societies for the prevention of cruelty to children ersetzen unsere Fürsorgeerziehungseinrichtungen. Unterschieden werden dependent children, deren Eltern ihre Unterhaltungspflicht vernachlässigen, neglected, die durch ihre Lebensverhältnisse moralisch gefährdet werden, endlich delinquent, die Rechtbrecher oder Verwahrlosten. Die obere in Betracht kommende Altersgrenze ist das 16.—18. Lebensjahr.

Wenn ein Kind aus diesen drei Gruppen von einem Fürsorgevereinsmitglied, das mit polizeilicher Gewalt ausgestattet ist, als gefährdet betrachtet oder auf frischer Tat ertappt wird, bringt man es in das detention home, das Kinderverwahrungshaus, fast ausnahmlos eine Stiftung Privater, unter der Leitung eines Hausvaters und einer Hausmutter, in dem für gutes Essen, Reinlichkeit, gewissenhafte Pflege und auch für Unterhaltung gesorgt ist. Von dort aus kommt der Jugendliche vor den Jugendrichter. In der nicht öffentlichen Verhandlung spielt die Hauptrolle nächst dem Richter der probation officer, der sich vorher sorgfältig über die Verhältnisse des Jugendlichen erkundigt hat und darüber berichtet. Ein Arzt wird zugezogen, kein Staatsanwalt oder Advokat zugelassen. Je nach dem Ausfall der Verhandlungen wird das Kind entweder nach Ermahnung entlassen oder der öffentlichen Fürsorge für bedürftig erklärt, oder die Akten gehen dem Strafrichter zu und das ordentliche Verfahren nimmt seinen Lauf. Das Jugendrichter selbst straft das Kind nicht. Von der Überweisung an den Strafrichter macht er nur dann Gebrauch, wenn er den Fall für hoffnunglos hält. Ist Fürsorge erforderlich, so wird vor allem darauf Bedacht genommen, den Jugendlichen der Familie und die Familie ihm zu erhalten. Nach Beratung mit dem probation officer, der sich vorher mit den Eltern oder sonstigen Erziehern bespricht, gibt der Richter den Eltern Verhaltungsmaßregeln, verbietet z. B. Spiel oder Alkohol oder Prostitution oder Herumtreiberei. Dieses Verbot ist sehr wirksam, denn der Jugendrichter kann die Eltern wegen Vernachlässigung der Kinder mit Gefängnis oder Arbeithaus auf die Dauer von 1 bis 3 Jahren bestrafen. Selbst wenn die weitere Vernachlässigung des Kindes nicht nachgewiesen wird, wirkt doch das Verbot des Richters erzieherisch auf die Eltern, denn wer dem Befehl eines Richters nicht nachkommt, wird im freien Amerika wegen Mißachtung des Gerichtes bis zu 6 Monaten ins Arbeithaus geschickt. Die Eltern unterstützt der probation officier. Tragen sie keine Schuld, dann wird der probation officer der Freund des Kindes, läßt es zu sich kommen, bespricht mit ihm seine kleinen Erlebnisse und sucht sein Vertrauen zu erwerben. Kommt der Erfolg nicht sofort, so wird die Geduld nicht verloren. Ein neuer



probation officer mit anderen Methoden, die dem Kinde vielleicht besser liegen, setzt das Werk fort. Erst die letzte Hilfe ist die Anstalt, ein kleines Dorf aus reinlichen Häuschen mit je etwa 20 Kindern unter der Hut eines Ehepaares, wo Schulunterricht, Musik, Handwerk und körperliche Übungen den Tag ausfüllen, und wo die Kinder wie in einer Familie leben. Das Kind muß sich gut führen, d. h. nicht nur seine Streiche unterlassen, sondern positive Beweise geben, daß es sittlich erstarkt ist. Es wird dann entlassen, und Anstalt und private Fürsorge ebnen ihm weiter den Weg und halten bis zum 21. Lebensjahr die Hand über ihm. 75% der Kinder werden gerettet. Die Ergebnisse unserer Fürsorgeerziehung sind nicht so günstig. Würde es bei uns möglich sein, daß Kinder, die sich mit den Schwierigkeiten des Lebens und ihres Charakters nicht auseinanderzusetzen vermögen, ein so hohes Vertrauen zu einer staatlichen Behörde haben, daß sie, wie der vortreffliche Richter Lindsey in Kolorado berichtet, mit der Bitte zu ihm kommen, ihnen zu helfen und sie durch einen probation officer unterstützen zu lassen?

Das englische Verfahren ist so mannigfaltig, daß es zu weit führen würde, näher darauf einzugehen. Kennt die children act vom Jahre 1908 doch nicht weniger als 13 verschiedene Maßregeln zur Hilfe und Besserung der Jugendlichen. Es sei nur hervorgehoben, daß Untersuchungshaft in besonderen Gebäuden, nicht in Gefängnissen, vollzogen wird, daß eine notwendige Verteidigung des Jugendlichen nicht vorgesehen ist, daß bei geringfügigen Delikten von Strafe abgesehen und die Unterbringung von Kindern bis zu 12 Jahren in industrial schools, von Kindern zwischen 12 und 16 Jahren in reformatory schools angeordnet wird. Man kennt die bedingte Freisprechung mit nachfolgender Stellung unter die Aufsicht eines probation officer. Der Ausschluß der Öffentlichkeit ist Grundsatz, übrigens auch bei Vernehmung Jugendlicher als Zeugen.

Um nun auf unser heutiges Verfahren in Preußen — es ist eine Eigenart, daß die Handhabung dieser Reichsgesetze partikularistisch sehr verschieden ist — kurz einzugehen, so kommt als Grundlage unserer sogenannten Jugendgerichte die allgemeine Verfügung des Justizministers vom 1. Juni 1908, betreffend das Verfahren gegen Jugendliche innerhalb des geltenden Rechts durch Maßnahmen im Verwaltungswege (Justizministerialblatt 1908 S. 237), und die allgemeine Verfügung vom 22. September 1909, betreffend die weitere Ausgestaltung des Strafverfahrens gegen Jugendliche (Justizministerialblatt 1909 S. 335), in Betracht.

Die Verhandlung gegen Jugendliche soll heute nach Maßgabe des § 75 des GVG. nach Möglichkeit den Schöffengerichten überwiesen werden. Einem einzigen, besonders dazu geeigneten Amtsrichter und, wenn möglich, dem Vormundschaftsrichter soll die strafrichterliche Tätigkeit gegen die Jugendlichen anvertraut werden. Die Verhandlungen sollen nach Ort und Zeit so eingerichtet werden, daß eine Berührung mit anderen Verbrechern vermieden wird. Ich setze voraus, daß die in der Presse so



häufig mit überschwenglichem Lob entworfenen Stimmungbilder über die Tätigkeit der Jugendgerichte in Erinnerung sind. Ich darf aber betonen, daß ein abschließendes Urteil über die wirklichen Erfolge des heißen Bemühens, der Eigenart der Jugend gerecht zu werden, jetzt durchaus verfrüht ist. Bei der Kürze der Zeit kann sich noch nicht herausgestellt haben, wo der Wunsch als Vater des Gedankens den Erfolg überschätzt, und wo die Hoffnung die theoretische Schlüssigkeit von Grund und Ergebnis mit dem praktischen Erfolge verwechselt. Eine jetzt geübte Zurückhaltung dürfte am besten vermeiden, daß etwa sich einstellende Enttäuschungen, wie sie bis zu einem gewissen Grade dem Fürsorgeerziehungsgesetz gefolgt sind, hier eine schädliche Einwirkung auf die künftigen Reformen ausüben, und daß ein Rückschlag eintritt. Es kann sich dies nicht gegen unsere Jugendrichter richten. Man muß festhalten, daß es sich um eine Übergangzeit mit Einengungen mancher Art handelt, und daß die beabsichtigten Reformen viele Schwierigkeiten beseitigen, so daß aus den heutigen Ergebnissen nur schwer Schlüsse auf die künftig zu erwartenden Resultate gezogen werden können.

Hat heute eine Jugendlicher über 12 Jahre das Strafgesetz verletzt, und ist dies zur Kenntnis der Staatsanwaltschaft gelangt, so zwingt das Legalitätsprinzip die Staatsanwaltschaft, die Anklage unter allen Umständen zu erheben. Soweit es nicht im Vorverfahren bereits geschehen ist, soll nach den eben angeführten Verfügungen der mit der Sache befaßte Richter sich bereits vor der Hauptverhandlung durch Erforschung der Lebensverhältnisse des Angeklagten ein möglichst klares Bild zu machen suchen, um die Frage der Einsicht entscheiden zu können. Die Polizei ist vom Minister des Innern angewiesen worden, die weitgehendste Hilfe zu leisten. In der Hauptverhandlung wird auf die Gewinnung des Vertrauens des Angeklagten der Hauptwert gelegt. Die Persönlichkeit des Richters fällt daher mehr wie im gewöhnlichen Verfahren ins Gewicht. Bedauerlich ist es, daß die Öffentlichkeit bisher im allgemeinen nicht ausgeschlossen werden kann.

Eltern und Vertreter der Vereine, die sich die Fürsorgetätigkeit für die Jugendlichen zur Aufgabe gemacht haben, werden gebeten, der Hauptverhandlung beizuwohnen. Häufig wird auch der Psychiater herangezogen, welcher ein gewichtiges Wort bei der Frage der Unterbringung und bei der jetzt noch erforderlichen Frage nach der Einsicht des Jugendlichen mitzusprechen hat. Wird die Frage der Einsicht nach § 56 des jetzigen RStGB. verneint, so geschieht die Überweisung an die Familie sogleich. Wenn möglich, werden Eltern oder gesetzliche Vertreter an Gerichtstelle eingehend belehrt.

Wird die Frage der Einsicht bejaht, so sind dem Richter die Hände gebunden, er muß eine Strafe verhängen. In dieser Beziehung hat das Verfahren ohne eine Novelle nicht umgestaltet werden können. Im weiteren Verlaufe des Verfahrens bieten die Jugendgerichte nichts Besonderes.

Wie wird sich dies Verfahren nun formell und materiell in Zukunft gestalten, wenn man unterstellt, daß die Vorentwürfe der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzbuchs in der heute vorliegenden Form Gesetz werden? Freilich ist diese Unterstellung irreal. In dieser Form können die Gesetze nicht in Kraft treten, da sie nicht immer kommensurabel sind. Es gibt eine ganze Reihe von Bestimmungen des Entwurfs zum Strafgesetzbuch, denen die des Entwurfs zur Strafprozeßordnung nicht genügen. Man darf nicht übersehen, daß namentlich der Vorentwurf zum Strafgesetzbuch, wie mir ein Kommissionsmitglied ausdrücklich bestätigt hat, zunächst nichts anderes ist, als eine präzisierte, bis in die Einzelheiten in der Begründung substantiierte Frage, die zur öffentlichen Debatte gestellt worden ist. Er ist ein Vorschlag, der mit den bestehenden und künftigen Gesetzen durch eingehendste Kleinarbeit erst in Einklang gesetzt werden muß, besonders mit der Strafprozeßordnung und mit dem Gerichtsverfassungsgesetz. Nur so darf man den Vorentwurf des Strafgesetzbuchs betrachten, und die Frage kann nur lauten: „Was will der Entwurf bezüglich der Behandlung der Jugendlichen Neues bringen und welche Wege sollen zu dem gesteckten Ziele führen?“ Die Form kann erst Gegenstand der Debatte werden, wenn über Weg und Ziel Einigkeit herrscht.

Der Entwurf versteht, wie auch der österreichische und schweizerische Entwurf, im § 12 Ziff. 2 unter Jugendlichen solche Personen, welche das 14., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Diese Änderung gegenüber dem bisherigen Rechtzustand, wie sie auch *Cramer* in der Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 25. April 1908 gefordert hat, wird besonders beleuchtet, wenn man die Statistik heranzieht. Unter 100 000 Kindern zwischen 12 und 14 Jahren sind jährlich durchschnittlich 448 zu kriminellen Strafen verurteilt worden. 1/12 bis 1/13 war bereits vorbestraft und zwar von den 1902 bis 1906 Vorbestraften 3099 oder 78,4 % einmal, 610 oder 15,4 % zweimal, 160 oder 4,1 % dreimal, 62 oder 1,6 % viermal, 9 oder 0,2 % sechs- oder mehrmal vorbestraft. Mit Recht nennt *Kohlrausch* diesen Zustand eine Barbarei. Die Hinaufrückung der Altersgrenze der absoluten Strafunmündigkeit ist demnach ein sehr notwendiger Schritt. Eine Hinaufrückung der Altersgrenze vom 18. auf das 20. Lebensjahr lehnt die Begründung ab (S. 41 des Ihnen vorliegenden Auszuges[1]). Diese Forderung *Cramers* ist daher unerfüllt geblieben. Der österreichische Entwurf sieht für diese Altersstufe einige geringe Milderungen vor.

Der Entwurf der Strafprozeßordnung definiert im § 364 den Begriff der Jugendlichen inhaltlich ebenso, wie der Entwurf des Strafgesetzbuchs.

[1]) Die für den Arzt wichtigen Stellen aus dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch nebst Auszug aus der Begründung und den Parallelstellen des österreichischen und schweizerischen Entwurfs. Von Dr. jur. W. Jaeger. Druck aus den Mitteln der Heinrich Laehr-Stiftung.

Hat in Zukunft ein Jugendlicher das Strafgesetz verletzt, so ist die Entscheidung, ob Klage erhoben werden soll oder nicht, in die Hände der Staatsanwaltschaft gelegt. Das Legalitätsprinzip ist gefallen. Wenn die Bestrafung des Jugendlichen nicht im öffentlichen Interesse liegt, werden die Akten der Vormundschaftbehörde vorgelegt. Auf die Debatte zugunsten des Legalitätsprinzips einerseits und des Opportunitätsprinzips andererseits will ich nicht eingehen, da das Opportunitätsprinzip wohl endgültig gesiegt hat, und erst in diesen Tagen die Strafprozeßkommission des Reichstages eine Durchbrechung des Legalitätsprinzips sogar zu gunsten Erwachsener gut geheißen hat. Von besonderem Interesse ist es, daß wir den umgekehrten Weg gehen wie Amerika. Dort kommt der Jugendliche zunächst vor den Richter, einen in seiner Entscheidung unabhängigen Beamten, der der Anklagebehörde den Fall gar nicht zur Kenntnis zu bringen braucht. Bei uns aber ist es die öffentliche Anklagebehörde, die die Delinquenten zwischen Vormundschaftbehörde und Strafrichter verteilt. Das amerikanische System ist drüben vorteilhafter, da dort der Wirkungskreis des einzelnen Richters ähnlich wie in England erheblich größer ist als bei uns. Dort ist daher für den einzelnen Staat die Gefahr ungleicher Behandlung gering. Bei uns dagegen hat das von der Strafprozeßordnung vorgeschlagene System den Vorzug, daß die Entscheidung einer von einer Zentralbehörde abhängigen Instanz anheimgestellt wird, und daß durch Anweisungen des Justizministers an die Staatsanwaltschaft manche Schwierigkeit beseitigt, Mißständen vorgebeugt und ein einheitliches Verfahren gewährleistet werden kann.

Legt die Staatsanwaltschaft die Akten der Vormundschaftbehörde vor, so hat diese die Wahl, den Jugendlichen zu ermahnen, ihn der Zucht seines gesetzlichen Vertreters, seiner Schulbehörde oder der zuständigen Erziehungsbehörde zu überweisen. Die der Schulbehörde überlassenen Maßnahmen werden noch einer gründlichen Erörterung bedürfen. Die Vormundschaftbehörde kann auch einen Fürsorger, ähnlich dem amerikanischen probation officer, einsetzen und dies Amt auch Frauen, vorzüglich aber Mitgliedern von Fürsorgevereinen, anvertrauen. Der Staatsanwaltschaft bleibt auch hier wieder eine gewisse Kontrolle, da ihr gegen Anordnungen des Gerichts die Rechtsmittel eines Beteiligten, besonders also das Rechtsmittel der Beschwerde, zusteht.

Das Amtsgericht ist in bedeutend größerem Umfange als bisher das eigentliche Gericht für die Jugendlichen. Nach § 232 des „Entwurfs einer Änderung des GVG." ist seine Zuständigkeit gegenüber Jugendlichen über den größten Teil des Strafgesetzes ausgedehnt. Nach § $118^{30}$ a. a. O. können von der Landesjustizverwaltung besondere Jugendschöffengerichte gebildet und mit Lehrern, Lehrherren, Mitgliedern von Fürsorgevereinen und solchen Personen besetzt werden, die auf dem Gebiete der Jugenderziehung besondere Erfahrung besitzen.



Wird die Erhebung der Anklage beabsichtigt und liegt Fluchtverdacht, Obdachlosigkeit, der Tatbestand eines Verbrechens vor, so soll gleichwohl die Anordnung der Untersuchungshaft nach Möglichkeit vermieden werden. Die Unterbringung in eine Erziehungsanstalt oder die Kontrolle eines Fürsorgevereins soll sie ersetzen. Von einer etwa erfolgten Verhaftung erhält der gesetzliche Vertreter und das Vormundschaftsgericht Nachricht. Auf den gesetzlichen Vertreter ist auch insofern Rücksicht genommen, als ihm im späteren Verfahren Entscheidungen, wie Urteile und Beschlüsse, von Amts wegen zuzustellen sind. In der Untersuchungshaft ist der Jugendliche von Erwachsenen zu trennen. Vor dem Landgericht erhält er einen Offizialverteidiger, vor dem Amtsgericht einen Beistand, in der Regel den gesetzlichen Vertreter, sonst Angehörige oder Mitglieder eines Erziehungsvereins. Man muß annehmen, daß auch Frauen, insbesondere wenn sie Mitglieder von Erziehungsvereinen sind, zu diesem Amte berufen werden können. Die hiermit betraute Person soll wie der probation officer Erkundigungen einziehen und kann Rechtsmittel wie ein gesetzlicher Vertreter einlegen.

Der Richter wird sich mit der notwendigen Verteidigung und der Bestellung des Beistandes kaum befreunden können, wenn nicht eine Vorschrift verhindert, daß der Angeklagte dadurch in einen gewissen Gegensatz zum Richter oder auch nur zu der Staatsanwaltschaft gebracht wird. Es ist eine alte Klage, daß der Verteidiger den Jugendlichen weiß zu waschen sucht, daß er hierin häufig zu weit geht, daß der Jugendliche den Ausführungen des Verteidigers Glauben schenkt und sich besser dünkt als er ist. Die Gefahr liegt hauptsächlich im Plaidoyer. Es wäre sehr wertvoll, wenn das Plaidoyer in der Verhandlung gegen Jugendliche, wo es nach Anlage des ganzen Verfahrens vollkommen überflüssig ist, überhaupt nicht zugelassen würde. Das, was dem Verteidiger oder Beistand verbleibt, reicht vollkommen aus, um dem Angeklagten alle Vergünstigungen der Prozeßordnung zugänglich zu machen. Dies nur kann der einzige Zweck sein, der die Zulassung eines Beistandes oder Verteidigers rechtfertigt, da man zu dem Richter so viel Vertrauen haben muß, daß er materiell die Interessen des Angeklagten wahrnimmt.

Die Öffentlichkeit kann nach § 172[1] des „Entwurfs einer Änderung des GVG." nach freiem Ermessen des Gerichts ganz oder teilweise ausgeschlossen werden. Man vermißt hier den obligatorischen Ausschluß der Öffentlichkeit, der die eitle Großtuerei so manches begriffsverwirrten Jugendlichen gegenüber seinen im Zuhörerraum befindlichen Kameraden unterbinden würde. Nirgends so notwendig wie hier muß ein Kriminalstudententum verhindert werden, denn man darf nicht übersehen, daß das moderne Verfahren formell und materiell auf des Messers Schneide ruht. Die ganze Wirkung kann durch unangemessene Umgebung verhindert werden. Auch für den Jugendlichen ist es vom Erhabenen bis zum Lächerlichen nur ein Schritt, und wenn der Genosse seiner Streiche



in seiner Nähe sitzt, so wird der ernste Eindruck des Gerichtes fast regelmäßig ausgeschaltet werden. Man sollte sich nicht aus politischen Rücksichten scheuen, einen völligen Ausschluß der Öffentlichkeit zu befürworten, da der fakultative Ausschluß bei der Abneigung vieler Richter gegen diese Maßregel nur problematisch erscheinen muß [1]).

Wie man sieht, sind bis auf die Durchbrechung des Legalitätsprinzips die beabsichtigten Änderungen nicht gerade revolutionär, denn das meiste ist bereits jetzt schon praktisch in Geltung.

Wenn das Gericht den Angeklagten für schuldig, aber nach der Beschaffenheit der Tat, dem Charakter und der bisherigen Führung des Angeklagten Erziehungs- und Besserungsmaßregeln für ausreichend hält, so wird das Verfahren durch unanfechtbaren Beschluß eingestellt. Es erfolgt dann Überweisung an die Vormundschaftbehörde, die in diesem Falle ebenso gestellt ist, wie wenn sie die Akten von der Staatsanwaltschaft erhält. Der Strafrichter kann das Erforderliche auch selbst veranlassen, jedoch nur, wenn Zwangerziehung und weitere Ermittelungen nicht geboten sind. Diese Maßregeln vollzieht der Vorsitzende in unmittelbarem Anschluß an die Bekanntmachung des Beschlusses.

Wie auch jetzt schon, werden künftig in der Hauptverhandlung die persönlichen Verhältnisse des Jugendlichen erörtert werden, die Fragen werden sich auf die Eltern, Zahl und Alter der Geschwister, Wohnungsverhältnisse, Einteilung des täglichen Lebens, Nebenbeschäftigungen und anderes mehr beziehen. Glücklicherweise ist der Richter der Prüfung der Einsicht des Angeklagten im Sinne des jetzigen § 56 StGB. in Zukunft überhoben.

Wenn das Gericht eine Strafe für erforderlich hält, so ist die Höchststrafe, die den Jugendlichen nach dem Entwurf überhaupt treffen kann, 15 Jahre Gefängnis (§§ 69, 76). Im übrigen kann das Gericht die Strafe unter das für die vollendete strafbare Handlung angedrohte Mindestmaß herabsetzen, auch kann auf eine mildere Art der Freiheitstrafe, also statt auf Gefängnis auf Haft erkannt werden. In besonders leichten Fällen bei denen die rechtwidrigen Folgen unbedeutend sind, und in denen sich nur ein geringer verbrecherischer Wille des Täters gezeigt hat, so daß die Tat nach den Umständen entschuldbar und die Anwendung der ordentlichen Strafe des Gesetzes eine unbillige Härte enthalten würde (§ 63) kann von Strafe bei Jugendlichen in Folge der Bezugnahme auf die Bestrafung des Versuchs in allen Fällen abgesehen werden (§ 76 Abs. 3). Infolge der Durchbrechung des Legalitätsprinzips wird die Annahme eines besonders leichten Falles dem Gericht nicht häufig begegnen. Bei sorgfältiger Vorarbeit der Staatsanwaltschaft wird voraussichtlich die Anklage mangels öffentlichen Interesses nicht erhoben werden.

[1]) Inzwischen hat die Reichstagkommission dasselbe Ergebnis z. T. erreicht, indem sie die zeitweilige Entfernung des Jugendlichen aus der Sitzung, z. B. also während der Gutachten und des Plaidoyers, vorschlägt.



Neben der Hauptstrafe darf auf Verschärfung des Strafvollzuges, wie geschmälerte Kost und hartes Lager (§ 18), ferner auf Arbeitshaus (§ 42), Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte (§ 45) und auf Aufenthaltsbeschränkung (§ 53) nicht erkannt werden (§ 69).

Dem zu einer Freiheitstrafe verurteilten Jugendlichen winkt die bedingte Strafaussetzung (§ 38 ff.). Der Entwurf ist dem amerikanisch-englischen System nicht gefolgt, sondern hat das belgisch-französische System angenommen. Es wird nicht die Verurteilung, die unbedingt erfolgt, sondern der Strafvollzug ausgesetzt. Wird der Jugendliche zu weniger als 6 Monaten Haft oder Gefängnis verurteilt, so kann er sich den Erlaß der Strafe verdienen, wenn er sich bei Verbrechen und Vergehen je nach dem Ermessen des Richters 2—5 Jahre, bei Übertretungen 1—2 Jahre gut führt, und wenn die Umstände der Tat und das Vorleben erwarten lassen, daß der Verurteilte sich künftig wohl verhalten werde. Zu beachten sind dabei die Beweggründe der Tat, die seit ihrer Begehung verflossene Zeit, das Verhalten nach der Tat und das Bestreben, den angerichteten Schaden wieder gut zu machen. Begeht der Jugendliche innerhalb der Frist ein Verbrechen oder ein vorsätzliches Vergehen, so fällt, falls wieder auf Freiheitstrafe erkannt wird, die Strafaussetzung fort. Ist das zweite Vergehen ein Fahrlässigkeitsvergehen oder eine Übertretung, oder wird nur auf Verweis oder Geldstrafe erkannt, so bleibt es dem Ermessen des mit dem zweiten Fall befaßten Gerichts anheimgestellt, ob es bei der bedingten Strafaussetzung sein Bewenden haben soll (§ 40). Wenn, abgesehen von einer neuen Bestrafung, der Verurteilte sich während der vom Gericht festgesetzten Frist schlecht führt, so ordnet das erkennende Gericht die Vollstreckung an, die innerhalb dieser Frist erfolgen muß, da sonst die Strafe als erlassen gilt. Es fragt sich, ob dieser Erlass von selbst eintritt. So ist es anscheinend gedacht. Es wäre aber wünschenswert, wie der österreichische Entwurf im § 49 in Aussicht nimmt, einen besonderen Beschluß vorzuschreiben, der erst nach Einholung amtlicher Auskunft zu erlassen wäre, damit nicht auch bei schlechter Führung der Erlaß der Strafe eintritt, nur weil das Gericht von der schlechten Führung keine Kenntnis erlangt hat.

Die Anordnung der Strafvollstreckung bei einer neuen strafbaren Handlung erfolgt durch das Gericht, das über die zweite Tat erkennt. An seine Entscheidung ist das erste Gericht gebunden. Wenn das zweite Gericht den Vollzug nicht für notwendig erachtet, kann das erste Gericht dagegen nichts tun. Jedoch kann das erste Gericht die zweite Verurteilung in Verbindung mit sonstiger schlechter Führung als eigenes Material verwerten und die von ihm erkannte Strafe vollstrecken lassen. Das Gesetz steht dem wenigstens nicht entgegen. Der Begriff der guten Führung ist von *v. Liszt* bekämpft, weil er zu dehnbar sei. Es ist aber kaum eine Möglichkeit vorhanden, den Begriff anders zu formulieren, ohne in die Schwierigkeiten kleinlicher Kasuistik zu verfallen.



Österreich beschränkt den „bedingten Strafnachlaß", wie die Einrichtung dort genannt wird, auf Fälle, in denen die Strafe nicht mehr als 3 Monate oder 1000 Kronen beträgt (§ 48). Übersteigt die Strafe einen Monat, so ist die Bestellung einer Schutzaufsicht zugelassen (§ 49). Bei uns ist dies ausgeschlossen, ebenso wie die Anordnung einer Aufenthaltsbeschränkung, die Österreich zuläßt. Beides ist auch in der Schweiz vorgesehen (Art. 61). Es ist zu bedauern, daß bei uns ähnliche Bestimmungen von der Begründung abgelehnt werden.

Der Verweis und die Geldstrafe ist von der Wohltat der bedingten Strafaussetzung ausgeschlossen, da sie sich nur auf Freiheitstrafen bezieht. Trotz der bei einem Verweis vorliegenden besonderen Leichtigkeit des Falles ist der Verurteilte vorbestraft und die Strafe hängt an ihm, bis sie etwa gemäß § 51 des Entwurfs im Strafregister gelöscht ist. Der Zeitraum hierfür beträgt, wenn die Strafe 3 Monate nicht übersteigt, bei Jugendlichen mindestens 2 Jahre, bei höheren Stufen 5 Jahre (§ 51). Aber auch dann wird noch bei Erteilung des Registerauszuges die Strafe, wenn auch als gelöscht, so doch tatsächlich immer noch angegeben. Nur in den sonstigen amtlichen Strafverzeichnissen tritt vollkommene Löschung ein. Ob dieser Zustand in seiner Halbheit nicht abzuändern ist, bleibt zu erwägen. Der österreichische Entwurf sagt kurz und bündig: „Die Rehabilitation tilgt die Verurteilung", die Löschung erfolgt in sämtlichen Registern und die Strafe existiert nicht mehr.

Die Frage, ob der Verweis, soweit er Jugendliche betrifft, für das neue Strafgesetzbuch nicht überflüssig ist, dürfte zu bejahen sein. Die Anklagebehörde kann den Jugendlichen der Vormundschaftbehörde übergeben, die ihm eine Ermahnung erteilen kann. Der Strafrichter kann von Strafe absehen und den Jugendlichen hierbei ebenso verwarnen und ermahnen, wie er es bei dem Verweise tut. Besonders wenn er die Neigung hat, den Verweis alsbald in der Sitzung zu erteilen, falls durch Verzicht auf Rechtsmittel seitens der Staatsanwaltschaft und des gesetzlichen Vertreters oder des Beistandes das Urteil rechtskräftig geworden ist, unterscheidet sich die vormundschaftliche oder strafrichterliche Ermahnung in der Vorstellung des Jugendlichen von einem solchen Verweise in keiner Weise. Wenn der Verweis schonen soll, so ist er verfehlt. Als wirksame Strafe jedoch ist er unzulänglich oder zu ersetzen.

Bezahlt der Jugendliche eine Geldstrafe, so ist er unter allen Umständen vorbestraft; zahlt er nicht, so kann die bedingte Strafaussetzung nachträglich erfolgen, und der Verurteilte kann sich von der Strafe befreien (§ 41). Einen milden Richter müßte dieser offenkundige Widerspruch dazu verleiten, dem Angeklagten zu raten, er möge seine Geldstrafe nicht bezahlen, damit auch er, wie seine schwerer bestraften Genossen, der Wohltat des Gesetzes teilhaftig werden kann.

Die bedingte Strafaussetzung auf Geldstrafen auszudehnen, mag mißlich sein, z. B. in dem Falle, wenn der Jugendliche bei einem neuen



Vergehen etwa nach 2 Jahren die ihm auferlegten 10 Mark noch bezahlen soll. Aber mit den kurzfristigen, besonders jedoch mit den der Geldstrafe substituierten Freiheitsstrafen steht es nicht anders. Der geschilderte Zustand wird dadurch nur wenig gemildert, daß die bedingte Strafaussetzung immer eine Ausnahme bleiben soll.

Trifft den Jugendlichen eine längere Freiheitstrafe, die nicht vorläufig ausgesetzt wird, so erfolgt seine Einsperrung von Erwachsenen vollständig getrennt (§ 70). Er kann sich selbst beköstigen und kleiden (§ 17). Im Gefängnis bleibt er zunächst in Einzelhaft, wenigstens drei Monate lang, bei geringerer Haftzeit die ganze Zeit. Jugendliche in besonders verkommenem Zustande werden von den anderen durch längere Einzelhaft fern gehalten, die jedoch nicht länger als drei Jahre dauern darf. Wenn sie mit Gefahr für den körperlichen oder geistigen Zustand des Gefangenen verbunden ist, kann sie nicht angeordnet werden (§ 22). Nach Beendigung der Einzelhaft läßt sich die Vereinigung dieser Elemente mit den anderen höchstens dadurch verhindern, daß man die gleich verkommenen Personen gruppenweise von den besseren getrennt hält.

Wie oben bemerkt, können Schärfungen des Strafvollzuges gegen Jugendliche im Urteil nicht angeordnet werden. Nachdem der Richter einmal Vollmacht erlangt hat, auch in die Behandlung der Gefangenen einzugreifen, fragt es sich, ob diese gesetzliche Bestimmung, daß die Verschärfungen bei den Jugendlichen ausgeschlossen sein sollen, nicht außerordentlich weittragende Folgen haben muß. Ist damit, daß dem Richter das Gesetz ausdrücklich die Anordnung von Schärfungen gegen Jugendliche untersagt, ein allgemein gültiger Grundsatz ausgesprochen? Ist es dann nicht zweifelhaft, ob eine Bundesratsverordnung, die über den Strafvollzug ergehen soll, sich nicht im Widerspruch zum Gesetz befinden würde, wenn sie das, was das Gesetz dem Richter nimmt, dem Leiter der Strafanstalt gestattet?

Führt sich der Jugendliche gut, so steht ihm die vorläufige Entlassung in Aussicht. Die Entscheidung hierüber liegt bei der Justizaufsichtsbehörde, die die Gefängnisverwaltung anhört. Sie entläßt, wenn sich ergibt, daß der Gefangene sich während der Strafverbüßung gut geführt hat und nach seiner Vergangenheit und nach seinen sonstigen persönlichen Verhältnissen die Erwartung weiteren Wohlverhaltens gerechtfertigt ist, sowie, wenn eine zu seinem Unterhalt ausreichende dauernde Arbeitgelegenheit für ihn gesichert oder dargetan ist, daß in anderer Weise für sein Unterkommen und für seinen Unterhalt gesorgt sein werde. Die Justizaufsichtsbehörde widerruft ihre Entscheidung, wenn der Entlassene sich schlecht führt oder den ihm bei der Entlassung auferlegten Verpflichtungen zuwiderhandelt (§ 27). In diesem Falle wird die Zeit der Freiheit nicht gerechnet. Sind zwei Jahre oder ein Zeitraum vorüber, der seiner Länge nach dem noch zu verbüßenden Strafrest entspricht, so ist der Widerruf ausgeschlossen. Während bei der bedingten Straf-



aussetzung die Stellung unter Aufsicht eines Fürsorgers deshalb nach der Begründung nicht zugelassen ist, weil dann die Zeit der Freiheit für den Jugendlichen vielleicht lästiger wäre als die Strafe selbst, namentlich wenn es sich um eine kurze Freiheitstrafe handelt, wird der vorläufig entlassene Jugendliche unter die Aufsicht eines Fürsorgers gestellt (§ 28). Das Weitere wird einer Bundesratsverordnung überlassen. Diese soll offenbar auch die bei der Entlassung aufzuerlegenden Verpflichtungen regeln, die auch im § 27 Abs. 1 des Entwurfs angedeutet sind. Ob eine Aufenthaltsbeschränkung, die entschieden für diesen Fall wünschenswert wäre, mag sie auch nur den Zweck haben, den Entlassenen mit einem bestimmten, besonders geeigneten Fürsorger zu verknüpfen, zulässig ist, muß höchst zweifelhaft erscheinen, da bei der Verhängung einer Strafe nach § 69 auf Aufenthaltsbeschränkung nicht erkannt werden kann. Eine ergänzende bejahende Bestimmung wäre zur Klärung erwünscht und ließe sich mit den dem Strafcharakter sich nähernden Eigentümlichkeiten der vorläufigen Entlassung begründen.

Da sich nach § 69 die Bestrafung des Jugendlichen nach der Bestrafung des Versuchs (§ 76) richtet, so können Nebenstrafen und sichernde Maßnahmen mit den im § 69 angegebenen Ausnahmen verhängt werden. Ist die Handlung daher auf Trunkenheit zurückzuführen, so kann das Gericht neben der Strafe dem Jugendlichen den Besuch der Wirtshäuser auf die Dauer bis zu einem Jahr verbieten (§ 43). Trunksucht in der Weise, daß der Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt geboten erscheint, dürfte bei Personen unter 18 Jahren bei uns selten vorkommen. An sich ist die Unterbringung nicht ausgeschlossen, insbesondere kann sie auch dann erfolgen, wenn Freisprechung erfolgen muß, weil der Täter infolge selbstverschuldeter Trunkenheit bewußtlos war (§ 64).

Ist, abgesehen von selbstverschuldeter Trunkenheit, die freie Willensbestimmung des Jugendlichen infolge Geisteskrankheit, Blödsinns oder Bewußtlosigkeit, soweit sie die freie Willensbestimmung nicht völlig ausschlossen, lediglich vermindert, so tritt Bestrafung nach den Vorschriften des Versuchs ein (§ 63). Es ergibt sich daraus, daß für Jugendliche, mögen sie voll- oder vermindert zurechnungfähig sein, mag es sich um eine versuchte oder vollendete Straftat handeln, die Strafe die gleiche ist, da der Jugendliche schon an sich nach den Vorschriften über die Bestrafung des Versuchs bestraft wird[1]). Der schweizerische Vorentwurf hat hier den Vorzug, daß er für diesen Fall die Strafe in das freie Ermessen des Richters stellt (Art. 53).

Der Entwurf bedient sich des Ausdrucks „vermindert Zurechnungsfähige", nicht, wie *Cramer* wollte, „geistig Minderwertige". Werden vermindert zurechnungfähige Jugendliche bestraft, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, ihre Verwahrung in einer

[1]) So auch inzwischen *Kahl*, Deutsche Jur.-Ztg. 1910, Nr. 14, S. 791.



öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt nach Verbüßung der Freiheitsstrafe anzuordnen (§ 65 Abs. 2). Voll zurechnungfähige Jugendliche sind beim Strafvollzug von vermindert Zurechnungfähigen vollständig abzusondern (§ 70). Vermindert Zurechnungfähige sollen endlich in Erfüllung eines Vorschlages *Kahls* auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten ihre Strafe verbüßen können (§ 70 Abs. 2). Diese Bestimmung muß bedenklich erscheinen und wird voraussichtlich dem übereinstimmenden Widerspruch aus psychiatrischen Kreisen erliegen. *Cramer* hat sich bereits mit Entschiedenheit dagegen gewendet. Weder Österreich noch die Schweiz machen einen ähnlichen Vorschlag.

Diskussion. — *Friedrich Leppmann* hält die im Vorentwurf enthaltenen Bestimmungen über das Jugendstrafrecht für eine im ganzen brauchbare Grundlage einer vernünftigen Rechtspraxis. Bei guter Ausbildung der Richter und zweckmäßiger Regelung des prozessualen Verfahrens wird es immer am besten sein, dem Richter gerade bezüglich der Jugendlichen möglichst viele Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Unzweckmäßig ist die unnötig einengende Forderung, im Strafvollzuge die vermindert zurechnungfähigen von den voll zurechnungfähigen Jugendlichen zu trennen.

Landrichter *Dr. Caspari*: Man kann nicht, wie Herr *Dr. Leppmann*, sagen, daß das Jugendlichenstrafrecht im Vorentwurf gut geordnet ist, weil der dem Reichstag vorliegende Strafprozeßentwurf ein gutes Verfahren vorsieht. Dieser Entwurf ist für das geltende Strafrecht gedacht und bedarf der Umgestaltung, wenn ein neues Strafgesetzbuch eingeführt wird. Daneben ist ein Strafvollzugsgesetz zu fordern, in dem die Art der Strafvollstreckung gegen Minderwertige usw. geregelt werden muß. Bestimmungen über den Strafvollzug gehören nicht in ein Strafgesetzbuch.

*A. Leppmann* erklärt sich mit den Ausführungen des Herrn *Seelig* in allen wesentlichen Punkten einverstanden. Es sei besonders wichtig, daß in dem Redner jemand zu Worte komme, welcher das Verhalten jugendlicher Verwahrloster als psychiatrisch geschulter Arzt einer Erziehungsanstalt kennen gelernt hat. Es wäre sehr zu wünschen, wenn der Redner nicht bloß Einzelheiten aus seinen Gesamterfahrungen anführte, sondern wenn er den Anfang damit machte, das ihm zu Gebote stehende Material wirklich klinisch zu gruppieren und zu schildern. Für besonders erwägenswert halte er den Vorschlag, bei nachgewiesener Unreife die Wohltaten des Gesetzentwurfs auch Jugendlichen zwischen 18 und 21 Jahren zuteil werden zu lassen. Gegen einen Punkt des Entwurfs hat er grundsätzliche Bedenken, daß nämlich die Möglichkeit bestehen solle, gerichtlich erkannte Strafen in Fürsorgeerziehungsanstalten vollstrecken zu lassen. Das könne leicht zur Verwirrung der Rechtsbegriffe führen. Ebenso wie eine strenge Scheidung zwischen Verbrechen und





Krankheit, müsse eine solche zwischen Strafvollstreckung und Fürsorge bestehen bleiben.

*Seelig* warnt davor, daß die Psychiater sich doch nicht zu früh zu Konzessionen bereit fänden. Die Praxis würde vielleicht wohl hie und da solche erforderlich machen. Andererseits habe gerade die Erfahrung dem Vortr. gezeigt, wie schwierig die Frage der Unterbringung nicht nur in Verhandlungen mit den Behörden und Zöglingen, sondern auch mit deren Angehörigen ist. Hierbei zeigte es sich, daß es nicht gleichgiltig ist, wenn etwa ein Zögling gleich von vornherein mit Bestraften zusammengebracht wird. Für den Arzt in der Fürsorgeerziehung liegen die Verhältnisse anders wie bei dem Psychiater, der in der Anstalt lediglich die Kranken zu behandeln hat, ohne Rücksicht auf ihr Vorleben oder sonstige Umstände.

*Hans Laehr.*

# Kleinere Mitteilungen.

Zum 24. August 1910. — Am 24. August feiert unser Freund und Kollege, der Geheime Rat und Direktor der Landesanstalt Illenau *Heinrich Schüle* seinen 70. Geburtstag.

Daß wir, seine Genossen in der Redaktion der Zeitschrift, bei dieser Feier mit unseren Wünschen nicht zurückstehen wollen und dürfen, versteht sich von selbst, und so bringen wir ihm zu dem festlichen Tage unsere besten Glückwünsche an dieser Stelle dar, wo er so oft seinen Namen eingetragen und uns an seinem reichen Wissen und Streben teilnehmen ließ.

Wenn am 24. die Fahnen von seiner Anstalt wehen und Musik und Raketenglanz das frohe Fest vollenden, dann möge er in all dem Freudentaumel auch seiner fernen Freunde gedenken, die alle Wünsche, die an diesem Tage auf ihn herabströmen, auch zu den ihrigen machen.

*Pelman.*

---

Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Königsberg i. Pr., 18.—24. Sept. d. J. —Für die Abteilung für Psychiatrie und Neurologie sind noch folgende Vorträge und Referate (außer den S. 361 dieser Ztschr. erwähnten) angemeldet: 8. *Boldt*-Graudenz: Das degenerative Irresein im Rahmen der Strafhaft. — 9. *Braune*-Conradstein: Beitrag zur Behandlung der Epilepsie. — 10. *Bröcker*-Conradstein: Prognose der Unterformen der Dem. praec. — 11. *Bychowski*-Warschau: Zur funktionellen Korrelation der Drüsen mit innerer Sekretion. 12. *Fischer*-Prag: Die Klinik und pathologische Anatomie der Presbyophrenie. — 13. *Gutzmann*-Berlin: Über die Untersuchung und Einteilung der dysarthrischen Sprachstörungen. — 14. *Halbey*-Ückermünde: Blut- und Herztätigkeit bei Dementia praecox (mit besonderer Berücksichtigung des Blutdruckes). — 15. *Hallervorden*-Königsberg: Die persönliche Wechselwirkung in Psychologie und Psychopathologie. — 16. *Hüfler*-Chemnitz: Über lucida intervalla. — 17. *Ketz*-Conradstein: Erfahrungen mit geisteskranken Verbrechern. — 18. *Kispert*-Reutti b. Neu-Ulm: Die Psyche

ist eine Energieform und die Sinnesorgane sind Energietransformatoren. — 19. *Krömer*-Conradstein: Irrenanstalten und Nervenheilstätten. — 20. *Kron*-Berlin: Über vikariierenden Muskelersatz. — 21. *v. Nießl-Mayendorf*-Leipzig: Zur Mechanik der Gefühle. — 22. Psychiatrische Klinik-Königsberg: Demonstrationen. — 23. *Raecke*-Kiel: Geistesstörungen und Kriminalität bei Jugendlichen. — 24. *Rosenfeld*-Straßburg: Die Bedeutung von Zirkulationsstörungen für die Ätiologie psychischer Störungen. — 25. *Schwarz*-Riga: Über Meningitis carcinomatosa. — 26. *Tiling*-Rothenberg b. Riga: Zur Psychologie der Degenerierten. — 27. *Wollenberg*-Straßburg: Referat über die Bedeutung des Vorentwurfs zum Strafgesetzbuch für die ärztliche Sachverständigentätigkeit.

---

Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet Sonntag, 2. Oktober, nachm. 5 Uhr in Berlin (Preußisches Abgeordnetenhaus, Prinz-Albrechtstraße 5) statt. Mit Rücksicht auf den internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke ist von wissenschaftlichen Besprechungen und Vorträgen abgesehen worden. Die Tagesordnung beschränkt sich also auf geschäftliche Angelegenheiten.

---

Der 4. internationale Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke findet in Berlin (Preußisches Abgeordnetenhaus, Prinz-Albrechtstraße 5) vom 3.—7. Oktober statt. An Referaten sind vorgesehen: 1. Über den Zusammenhang zwischen Zivilisation und Geisteskrankheit (*Tamburini*-Rom und *Rüdin*-München). — 2. Die Schlafkrankheit (*Ehrlich*-Frankfurt a. M. und *Mott*-London). — 3. Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie (*Thiemich*-Magdeburg und *Hoppe*-Uchtspringe). — 4. Die Bedeutung der Bazillenträger in Anstalten (*Lentz*-Berlin und *Neißer*-Bunzlau). — 5. Die Frage der freiwilligen Aufnahmen (*Schlöß*-Wien). — 6. Über poliklinische Behandlung der Psychosen (*van Deventer*-Amsterdam). — 7. a. Beachtung des Geisteszustandes bei Einstellung und Dienstleistung in Heer und Marine; b. Fürsorge für Psychisch-Erkrankte im Felde (*Decknatel*-Alkmaar, *Drastich*-Wien, *Kay*-Bristol und *Krause*-Berlin. — 8. Die Arbeit des „Roten Kreuzes" bei Geisteskranken(?). — 9. Über Nervenheilstätten (*Cramer*-Göttingen). — 10. Über die Bedeutung der *Wassermann*schen Reaktion (*A. Marie* und *Beaussart*-Paris und *Plaut*-München). — 11. Einfluß der Familienpflege auf die gesunde Bevölkerung (*Peeters*-Gheel). — 12. Die soziale Wiedergeburt der Geisteskranken durch eine geregelte Arbeitstherapie (*van Deventer*-Amsterdam, *A. Marie* und *Voisin*-Paris). —

13. Psychopathologisches in moderner Kunst und Literatur (*Hellpach*-Karlsruhe). — 14. Fortschritte im Bau von Anstalten (*Jenner*-Göttingen). — Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet: 1. *Alzheimer*-München: Abbau des Nervensystems. — 2. *E. Stier*-Berlin: Die Fürsorge für Geisteskranke im deutschen Heere. — 3. *Dees*-Gabersee: Beschäftigung der Anstaltspfleglinge (Arbeitstherapie) und Verwendung der Arbeitserträgnisse. — 4. *E. Meyer*-Königsberg: Trauma und psychische Störungen. — 5. *W. Eccard*-Frankenthal: Über die Bekämpfung des endemischen Typhus in Irrenanstalten und die Behandlung der Typhusträger. — 6. *Sommer*-Gießen: Die Stellung der forensischen Psychiatrie in Praxis und Unterricht. — 7. *Dannemann*-Gießen: Psychiatrie und Armenwesen. — 8. *Kurella*-Bonn: Erfahrungen und Betrachtungen über die staatliche Aufsicht in den Privatirrenanstalten. — 9. *Beyer*-Roderbirken: Die Nervenheilstätte im Dienst der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung. — 10. *A. Leppmann*-Berlin: Praktische Erfahrungen über Abteilungen für Geisteskranke und geistig Minderwertige in Strafanstalten. — 11. *Béla Payer*-Budapest: Neue Richtungen im Verwaltungsdienste der ungarischen Heilanstalten für Geisteskranke. — 12. *G. Oláh*-Budapest-Lipótmezö und *Fabinyi*-Budapest -Angyalföld: Weiterentwicklung der Familienpflege in Ungarn. — 13. *Friedländer*-Hohe Mark: Die soziale Stellung der Psychiatrie. — 14. *Niessl von Mayendorf*-Leipzig: Fürsorge für entlassene Geisteskranke. — 15. *P. Schröder*-Breslau: Die geistig Minderwertigen und die Jugendfürsorgeerziehung. — 16. *Voß*-Greifswald: Weitere Untersuchungen über die Schwankungen der geistigen Arbeitleistung. — 17. Pfarrer *Berendt*-Buch-Berlin: Beobachtungen und Vorschläge betreffend die „Behandlung" (bez. „Pflege") der Geisteskranken im Orient, besonders Palästina, auf Grund meiner Studienreise. — 18. *Weygandt*-Hamburg: Die Frage der ausländischen Geisteskranken. — 19. *Ziehen*-Berlin: Die experimentell psychologische Untersuchung von Geisteskranken. — 20. *Siemerling*-Kiel: Über pathologische Rauschzustände und ihre forensische Würdigung. — 21. *Anton*-Halle a. S.: 1. Die operative Druckentlastung bei angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten; 2. Kleinhirnverbildungen und Bedeutung der Kleinhirnfunktion. — 22. *Seelig*-Lichtenberg-Berlin: Über Beobachtung und Unterbringung von Fürsorgezöglingen mit psychischen Abweichungen. — 23. *Liepmann*-Berlin: Die Angehörigen und Freunde der Geisteskranken. — 24. *Schultze*-Greifswald: Über sichernde Maßnahmen nach dem Vorentwurf des Strafgesetzbuchs für das Deutsche Reich. — 25. *Oekonomakis*-Athen: Über die weibliche progressive Paralyse in Griechenland. — 26. Pastor *Seiffert*-Strausberg (Mark): Wie weit ist die Mithilfe der Psychiater in der Fürsorgeerziehung notwendig, und inwiefern können Pädagogen und Psychiater an minderwertigen und psychopathischen Fürsorgezöglingen gemeinsam arbeiten? — 27. *Wimmer*-Kopenhagen: Experimentelle Untersuchungen über die Emotivität bei den Psychosen. — 28. *Fischer*-Wies-



loch (Baden): Die Irrenfürsorge im Großherzogtum Baden. — 29. *Möller*-Groß-Lichterfelde-Berlin: Die Organisation des Jugendgerichts vom psychiatrischen und pädagogischen Standpunkt. — 30. Derselbe: Das Gefühlsleben bei Schwachsinnigen und seine erzieherische Bedeutung. — 31. Derselbe: Über besondere Lehrmittel beim Unterricht Schwachbegabter. — 32. *H. Vogt*-Frankfurt a. M.: Erfahrungen aus der Gutachtertätigkeit vor dem Jugendgericht. — 33. *Fr. Leppmann*-Berlin: Die Fürsorge für die sogenannten „geistig Minderwertigen". — 34. *Emanuel*-Charlottenburg: Eine Methode zur Verhütung des Erbrechens bei Sondenernährung. — 35. *Juliusburger*-Lankwitz-Berlin: Zur Psychotherapie. — 36. *A. Westphal, Hübner* und *Hennes*-Bonn: Kinematographische Demonstrationen von Bewegungstörungen. — 37. *J. Fraenkel* und *O. Juliusburger*-Lankwitz-Berlin: Zur Behandlung der progressiven Paralyse. — 38. *Vorkastner*-Greifswald: Über Phrenocardie. — 39. *Joh. Piltz*-Krakau: Grundzüge der Organisation der neu erbauten staatlichen Neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik in Krakau und kurze Erläuterungen der Baupläne der Klinik. — 40. *Hallager*-Aarhus (Dänemark): Allgemeine Paralyse und Wassermannsche Reaktion. — 41. *Briand*: La Tuberculose. — 42. *Pactet*: Les aliénés militaires. — 43. *Vigouroux* und *Bleu*: La folie et la civilisation. — 44. Frau *A. Marie*-Villejuif: Patronage des aliénés sortis des asiles et leur readaption sociale. — 45. Frau *van Deventer*-Amsterdam: Erfahrungen beim Patronat für convalescente Epileptiker. — 46. *P. Warncke*-Berlin: Behandlung, Beschäftigung und Berufsfürsorge bei den Grenzzuständen geistiger Gesundheit. — 47. Derselbe: Ein praktischer Versuch mit der Durchführung des Möbiusschen Projekts „Kolonie Friedau". — 48. *Pick*-Prag: Kolportageroman und Psychopathologie.

In der mit dem Kongreß verbundenen Ausstellung, die am 2. Okt. mittags 12 Uhr im Abgeordnetenhause eröffnet wird, sollen außerdem an 2 Abenden je 2 Vorträge gehalten werden und zwar: Dienstag, 4. Okt., *Binswanger*-Jena: Wie erhalten wir unsere geistige Tätigkeit gesund? — *Weber*-Göttingen: Läßt sich eine Zunahme der Geisteskranken feststellen? — Donnerstag, 6. Okt., *Alt*-Uchtspringe: Modernes Anstaltleben. — *Kluge*-Potsdam: Anstaltfürsorge für Kinder und Jugendliche.

Anmeldungen zur Teilnahme am Kongreß werden möglichst bald, spätestens — mit Rücksicht auf die geplanten Empfänge — bis zum 15. Sept. an Herrn Kalkulator *Mietzner*-Berlin SW. 11, Prinz Albrechtstraße 5, erbeten, an den gleichzeitig der Betrag für die Mitgliedskarte (ℳ 20 für Mitglieder, ℳ 10 für deren Damen) einzusenden ist.

Anfragen betr. Ausstellung sind an Prof. *Alt* (Uchtspringe-Altmark), betr. Vorträge und Referate an Prof. *Bödeker* (Schlachtensee-Berlin) zu richten. Auskunft über Wohnungen erteilt Direktor *Dr. Kluge* (Potsdam, Provinzialanstalt für Epileptische. Sonstige Anfragen ist Oberarzt *Dr. Falkenberg* (Lichtenberg-Berlin, Herzbergstr. 79) zu beantworten bereit.

---



Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen hält ihre nächste Versammlung am 23. Okt. d. J. in Dresden ab. Vortraganmeldungen werden an *Dr. Böhmig*, Dresden N. 6 erbeten.

---

Meine in diesem Bande der Zeitschr. S. 395 aufgestellte Behauptung, daß Pocken in Anstalten bisher nicht vorgekommen seien, berichtige ich dahin, daß an der Schweizer Anstalt St. Urban im Jahre 1878 eine schwere Pockenepidemie geherrscht hat. Hierauf machte mich freundlichst Herr Geh.-Rat *Zander*-Rybnik aufmerksam, der selbst als 2. Arzt in St. Urban die Epidemie mitgemacht und sie im Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, Jahrgang 9, Nr. 5, beschrieben hat.

Dr. *Richter*-Allenberg.

---

Nekrolog *Georg Ludwig* (1826—1910). — Unter dem Schutze der Starkenburg und mit dem Rücken an den sagendurchrauschten Odenwald gelehnt, ist am 2. Januar 1866 die still und idyllisch gelegene hessische Irrenanstalt Heppenheim eröffnet worden. Und in der Tat war es ihrem Erbauer und ersten Direktor *Ludwig* gelungen, in ihr einem Idyll Ausdruck und Gestalt zu verleihen, dessen eigenartigem Zauber man sich nicht entziehen konnte. Da war in der kleinen und ursprünglich nur auf 200 Kranke berechneten Anstalt alles so auf den einen Mann zugeschnitten, und dieser Mann war eine so ausgeprägte Persönlichkeit, daß Mann und Anstalt in ein unzertrennbares Ganzes zusammenschmolzen und die Eine ohne den Andern gar nicht denkbar, aber auch nicht zu verstehen war.

Es hatte lange gewährt, bevor der junge *Ludwig* mit seinem Studium zu Ende gekommen war, und nahezu 10 Jahre waren darüber verflossen, bis er, dann aber auch magna cum laude, promoviert und sein Staatsexamen gemacht hatte. Ob er in dieser langen Zeit, die er auf der Landesuniversität Gießen verbracht hatte, nur studiert, oder hin und wieder auch etwas anderes getrieben hatte, soll hier unerörtert bleiben; die Annalen seines alten Korps, in denen er unvergessen bleiben wird, berichten darüber allerlei. Jedenfalls ist er aus dieser Zeit als ein ausgesprochener Korpsstudent hervorgegangen, und er ist dies geblieben bis zu seinem Ende. Aber als ein Korpsstudent in des Wortes edelster Bedeutung, einer von jenen Alten, die vom breiten Stein nicht wankten und nicht wichen, nur daß dieser breite Stein eine unentwegte Pflichttreue und eine unendliche Menschenliebe in sich schloß.

Um jene Zeit — 1866 — herum, studierte man die Psychiatrie noch in den Irrenanstalten, und der fahrende Psychiater bildete im Inventar der Anstalten eine stehende Figur, wie dies Jahrhunderte früher der



Minnesänger auf den Burgen des Mittelalters getan hatte. *Ludwig* selbst hatte so den Sommer 1854 dazu benutzt, und sich u. a. längere Zeit in Illenau und Wien aufgehalten, und dem besuchenden Kollegen wurde nicht nur die Anstalt gezeigt, sondern es war gebräuchlich, ihn nicht ohne Gasttrunk zu entlassen.

Dieser Gebrauch ist zu meiner Zeit in dem alten Siegburg manchem verhängnisvoll geworden, und der alte *Dick* konnte recht grob werden, wenn man sich dieser Pflicht entziehen wollte. Er pflegte alsdann zu sagen, daß er keine Lust habe, den Besuch bloß in den Füßen zu empfinden, was insofern nicht ganz unberechtigt war, als ein solcher Durchgang durch die Anstalt Klingenmünster unter *Dicks* Leitung nicht unter 3—4 Stunden zu machen war. Im Herbst 1866 nun, kurz nach dem Kriege, besuchte ich Heppenheim und lernte *Ludwig* und seine Anstalt kennen, eine Bekanntschaft, die sich zu einer bis zum Tode währenden Freundschaft gestalten sollte. Ich kam von dem alten, und man darf es ja jetzt sagen, einfach scheußlichen Siegburg, und ich fand hier alles so schmuck und ungewohnt, so patriarchalisch eigenartig und in seiner Eigenart wieder so anheimelnd, daß man aus dem Staunen und Bewundern nicht herauskam und einen nachhaltigen Eindruck mit nach Hause nahm.

Ob sich bei der Wahl des Platzes der alte Herr der Starkenburger nicht durch die Ruinen der hoch thronenden Starkenburg bestimmen ließ, kann kaum fraglich erscheinen, wenn man aus seinem Munde erfuhr, daß der alljährliche Kommers des Korps in einem eigens dazu hergerichteten Raume der Anstalt gefeiert wurde. Jedenfalls waren seine Assistenten samt und sonders Angehörige seines Korps, und es mutete uns, die wir in der strengsten Zucht des Herrn erzogen waren, etwas eigentümlich an, wenn sich Direktor und Assistenzarzt duzten und anscheinend auf gleichem Fuße verkehrten.

Wie innig und natürlich sich bei der bedeutenden Persönlichkeit *Ludwigs* dieser Verkehr in der Tat gestaltete, und wie dieser Geist die ganze Anstalt durchdrang und beseelte, davon konnte ich mich später und bei einem längeren Aufenthalte in der Familie *Ludwigs* überzeugen.

Es war etwas patriarchalisches, das ihn umgab, die Empfindung der inneren Wahrhaftigkeit, das Gefühl der unbedingten Sicherheit, die uns im Verkehr mit einer ausgesprochenen Persönlichkeit, mit einem durchaus gefestigten Charakter ganz von selbst ergreifen. Und alles das war *Ludwig* in vollstem Maße und dabei von einer oft geradezu rührenden Bescheidenheit, die zuweilen in der Rückstellung des eigenen Ichs fast zu weit gehen konnte.

In dieser Weise kann man von ihm als einer polemischen Natur nicht gut reden, obwohl er sehr gut wußte, was er wollte, und wohl kaum gewillt war, sich seine Zirkel ohne weiteres zerstören zu lassen. Daß er aber dem bewußten oder unbewußten Störenfried irgend eine Ranküne nachgetragen oder den Angriff durch einen Anhieb abgewehrt hätte, halte

ich für ausgeschlossen. Dafür nur ein Beispiel. Unter den Anschauungen, die er seinem Handeln zugrunde legte, war auch die, daß das Gehirn als Sitz der Geistesstörung in der gleichen Weise, wie dies bei den Erkrankungen der anderen Organe gang und gäbe sei, der Ruhe und Schonung bedürfe, ein Grundsatz, der in späteren Jahren zu der vielbelobten Bettbehandlung führte und *Ludwig* wenigstens so weit bestimmte, seine Kranken von einer regelmäßigen körperlichen Arbeit fernzuhalten und von einer eigentlichen Beschäftigungstherapie abzusehen.

Einer der fahrenden Psychiater jener Zeit hatte sich nun in seinem Reiseberichte in einer nicht gerade allzu taktvollen Weise hierüber lustig gemacht und erzählt, wie die Kranken in Heppenheim zur Betätigung ihres motorischen Dranges keine andere Entäußerung fänden, als ihre Pfleger durchzuprügeln, und daß sie hiervon den ausgiebigsten Gebrauch machten.

Dies und noch einige andere Bemerkungen ähnlicher Natur riefen bei *Ludwig* kein anderes Gefühl, als das der Heiterkeit hervor, und daran, daß er damit keine Empfindung anderer Art verband, war kein Zweifel.

Wollte man aber den vollen Eindruck seiner Persönlichkeit gewinnen, dann mußte man ihn in die Anstaltküche begleiten und dort seiner Tätigkeit beiwohnen. Diese Küche war an sich ein Charme, die Zentrale der Anstalt und von den Arbeiträumen des Direktors in wenigen Schritten zu erreichen. Dort hatte er sich ein eigenes Bureau eingerichtet, von dem aus er die ganze Küche übersah und an der Hand von Speisezettel und Krankenliste die jeweilige Diät eines jeden Kranken bestimmte.

Ein an eine königl. preußische Speiseordnung gewohntes und zu ihr eingeschriebenes Herz mußte sich über diese Formlosigkeit empören, womit er einem Kranken der 3. Verpflegungsklasse kurzer Hand die Speiseform der 1. Klasse zuschrieb, bloß weil sie ihm zu seiner Genesung dienlich war, und wie es zu allem diesen keiner vorherigen Beratungen, keiner Extraverordnungen, Ausgebelisten und dergl. bedurfte und nur der Wille des Herrn Direktors an die Stelle der Buchungen trat.

Allerdings mußte dieser Direktor Tag für Tag einen nicht unbeträchtlichen Teil seiner Zeit in der Küche zubringen und die Kranken und ihre Bedürfnisse auf das genaueste kennen, wie dies bei *Ludwig* der Fall war, und er mußte ebenso fest wie er im Vertrauen seiner Vorgesetzten stehen, um jede Kontrolle als überflüssig erscheinen zu lassen.

So gab es in dem kleinen Heppenheim gar manches zu sehen und recht viel zu lernen, und ich habe es eigentlich bedauert, wie dies so durch und durch auf die Person *Ludwigs* zugeschnittene Heppenheim im Laufe der Jahre bauliche Veränderungen erleiden mußte, die es auf mehr als das doppelte seiner ursprünglichen Belegung brachten. (1893 schon 468 Kranke.)

Durch diese Zunahme der Kranken trat ein durchgehender Umschwung des ganzen Anstaltbetriebes und damit eine Veränderung in





den alten und lieb gewordenen Gepflogenheiten ein, die ihm, gleich uns anderen aus jener Zeit, nicht gerade als eine Verbesserung erschien.

Ich konnte es ihm daher nachempfinden, als er sich im Oktober 1897 in den Ruhestand versetzen, und ebenso, daß er sich in Heppenheim und im Banne seiner vielgeliebten Anstalt zur wohlverdienten Ruhe niederließ.

Dort ist der am 9. Mai 1826 in Darmstadt geborene Mann am 3. Mai 1910 dahingegangen, 84 Jahre alt, still und anspruchlos, wie er gelebt, und in seinem Fleiße und seiner Pflichttreue unentwegt bis zum Tode. Er war vor einem Jahre von einer schweren Influenza befallen worden, die eine merkliche Herzschwäche hinterlassen hatte. Im April d. J. trat ein Katarrh hinzu. Aber noch hielt der Alte stand, und noch 3 Tage vor seinem Tode war er im Interesse seines Hilfsvereins an der Schreibmaschine tätig. Dieser Hilfsverein war ihm ans Herz gewachsen, und würde ich ihn übergehen, würde eine der schönsten Farben im Bilde unseres Freundes fehlen.

Bei seiner ganzen Veranlagung war es eigentlich selbstverständlich, wenn das Wohlwollen, das ihn für seine leidenden Mitmenschen beseelte, nicht an den Toren der Anstalt halt machte, sondern den Entlassenen auch über sie hinaus begleiten und ihm hilfreich zur Seite stehen wollte. Er schritt daher schon im Jahre 1874 zur Gründung einer Unterstützungskasse, die sich später in einen Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen erweiterte, der in erster Linie für bedürftige entlassene Kranke bestimmt war, dann aber auch für deren Angehörige und für die Förderung des Hessischen Irrenwesens überhaupt. Die Art, wie er dabei zu Werke ging, ist so ganz *Ludwig*. Sicherlich freute es ihn, wenn die Mittel reichlich flossen und es ihm möglich war, seine Gaben mit vollen Händen auszustreuen. Was ihm aber noch höher stand, war die Anteilnahme der weitesten Kreise, und so legte er den Hauptwert seiner Werbung auf die kleinen Leute, und er schätzte die Pfennige der Selbstbedürftigen weit höher ein als die stattlichste Anweisung, die ihm der Überfluß zuwies.

Daß er hierin das Richtige getroffen, beweisen die Jahresberichte des Vereins, den er blühend hinterläßt. Ich entnehme dem letzten Berichte (1908/09), daß von den 1 266 000 Einwohnern des Großherzogtums nicht weniger als 70 000 Mitglieder des Vereins sind, und die Einnahmen von ca. 40 000 ℳ einer Ausgabe von 36 000 ℳ gegenüberstehen. Davon entfallen ℳ 26 000 auf Unterstützungen an 286 Pfleglinge oder deren Angehörige, und 833 Vertrauensmänner besorgen an ebenso vielen Orten des Landes die Angelegenheiten des Vereins.

Und diese gewaltige Arbeit hat der eine Mann geleistet, da sämtliche Jahresberichte des Vereins aus seiner Feder stammen.

Auch sonst konnte man seine ebenso starke wie stille Hand aus manchem herausfühlen, das in seinem Lande zur Ausbildung des Irrenwesens geschah. Schon 1887 wurde er vom Ministerium beauftragt, in

Gemeinschaft mit Prof. *Riegel* in Gießen ein Programm für eine in Gießen zu errichtende Irrenklinik auszuarbeiten, die alsdann nach seinen Entwürfen erbaut und 1896 eröffnet wurde, und ebenso maßgebend war der Einfluß, den er auf die Gründung, Errichtung und Entwicklung der ersten Prov.-Pflege-Anstalt in Hessen hatte.

In gleicher Weise hat er in das psychiatrische Vereinswesen eingegriffen und 1875 den Antrag auf Gründung einer Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte gestellt, deren erste Tagung in Baden-Baden 1876 den Statutenentwurf *Ludwigs* en bloc annahm, und die sich bis heute eine besondere Anziehungskraft bewahrt hat.

Was er sonst noch im Stillen getan, wie bereit er war, das Talent zu unterstützen, wenn es dazu seines Fürwortes bedurfte, und mit welch sicherem Blicke er diese Talente herausfand und an den richtigen Ort stellte, davon könnte ich aus meinen Erinnerungen hier manches mitteilen, wenn ich nicht die Empfindungen meines alten Freundes auch nach seinem Tode hochhielte. Denn auch darin ging er seinen eigenen Weg, und er zog es vor, zu handeln, als vorher oder nachher darüber zu reden.

Eigentlich schriftstellerisch veranlagt war er nicht, jedenfalls hat er keine besondere schriftstellerische Tätigkeit entfaltet, und außer einigen kleineren Arbeiten in Zeitschriften aus den 70er Jahren sind es hauptsächlich die Jahresberichte des Hilfsvereins, in denen er mehr allgemeine Fragen in seiner ruhigen und überzeugenden Weise behandelte.

Wie sehr er aber auf den Gebieten des psychiatrischen Wissens bewandert und wie bemüht er war, dem raschen Fortschritt unserer Wissenschaft zu folgen, bewies er in der 1895 geschaffenen Einrichtung des sogen. 3. Montags, wo am 3. Montage jedes Monates die Ärzte der Anstalten Hofheim und Heppenheim und später auch der Irrenklinik in Gießen bald in der einen, bald in der anderen Anstalt zu wissenschaftlichen Vorträgen und Demonstrationen zusammentraten. Hier konnte man sich leicht davon überzeugen, wie man auch hier den Meister vor sich hatte, und welch reiches Maß an Erfahrungen und an Wissen er in seinem langen Leben angesammelt hatte.

Dieser Art war der Mann, den wir verloren haben, und seine Werke werden ihn überleben. Er hat sich in seinen letzten Lebensjahren oft nach dem Tode gesehnt und in ihm einen Freund gesehen. Und darum dürfen wir dem Tode nicht gram sein, daß er ihn von uns genommen hat. Aber eine große Figur aus alter Zeit, eine Kernnatur ist mit ihm dahingegangen, ein Mann, den man im Leben lieben und verehren mußte, und dessen Andenken wir im Tode treu bewahren werden.

*Pelman.*

---



## *Personalnachrichten.*

Dr. *L. Merzbacher*, Priv.-Doz. in Tübingen, hat einen Ruf als Laboratoriumvorsteher an der Staats-Irrenanstalt in Buenos-Aires angenommen.

Dr. *Osw. Bumke* in Freiburg i. B. ist ao. Professor geworden.

Dr. *Georg Stertz* in Bonn,

Dr. *Max Ißerlin* in München und

Dr. *Eduard Reiß* in Tübingen haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Paul Nerlich*, Oberarzt, bisher in Hochweitzschen, ist nach Großschweidnitz,

Dr. *Gust. Frühstück*, Oberarzt, bisher in Hubertusburg, nach Hochweitzschen,

Dr. *Emil Bratz*, Oberarzt, bisher in Wuhlgarten, nach Dalldorf,

Dr. *Aug. Metz*, bisher in Alt-Scherbitz, als Oberarzt nach Neustadt i. Holst.,

Dr. *Friedr. Seemann*, bisher Abt.-Arzt in Plagwitz, als Oberarzt nach Lublinitz versetzt worden.

Dr. *Wilh. Westrum*, bisher Abt.-Arzt in Warstein, ist Oberarzt daselbst,

Dr. *E. W. Friedel* Oberarzt am Genesungshaus zu Roda geworden.

Dr. *Otto Jaspersen* in Preetz (Schellhorner Berg) ist Sanitätsrat geworden.

Dr. *Ad. Wallenberg* in Danzig und

Dr. *Ad. Friedländer*, Hofrat, Hohe Mark, haben den Titel Professor erhalten. Auch ist letzterem das Ritterkreuz 1. Kl. des hessischen Ordens Philipps des Großmütigen und das oldenburgische Ehrenritterkreuz 1. Kl. mit goldener Krone verliehen worden.

Dr. *Otto Binswanger*, Prof. u. Geh. Med.-R. in Jena, hat den Kgl. Kronenorden 2. Kl.,

Dr. *Gabr. Anton*, Prof. u. Geh. Med.-R. in Halle, den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Plesch*, Anstaltarzt in Hubertusburg, ist, 39 J. alt, am 1. Mai an Blutvergiftung, die er sich durch Rachenpinseln seines scharlachkranken Kindes zugezogen hatte,

Dr, *Otto Scheel*, San.-R., Dir. der Landesanstalt Haina, am 16. Mai,

Dr. *Ludw. Rosenberg*, Ass.-Arzt in Buch, 34 J. alt, am 2. Juni an Sepsis infolge einer 14 Tage vorher gemachten Obduktion und

Dr. *Rob. Hopf*, Oberarzt in Landsberg a. W., 35 J. alt, am 3. Juni nach einer Operation an schwerem Nierenleiden gestorben.

---

# Zur Paralysefrage in Algier[1]).

Von

Dr. E. Rüdin, Privatdoz. f. Psychiatrie
und Oberarzt der Psychiatr. Klinik in München.

Keine Geisteskrankheit ist klinisch und pathologisch-anatomisch besser bekannt als die progressive Paralyse, und doch sind wir über ihre Entstehung noch recht sehr im unklaren. Ich nehme zwar mit *Fournier*, *Kräpelin* und vielen andern an, daß die Syphilis e i n e conditio sine qua non der Entstehung der Paralyse ist. Mit andern Worten: ohne Syphilis keine Paralyse. Das mag ein gewisser Trost sein, wenn wir uns die Aufgabe der Bekämpfung der Gehirnerweichung stellen. Die Syphilis dürfte, wenn erst prophylaktischer, rassenhygienischer Geist in die Massen gedrungen und die Heuchelei in der Bekämpfung gerade dieser „schlechten" Krankheit geschwunden sein wird, nicht unschwer einzudämmen sein und damit auch die Paralyse an Boden verlieren.

Allein wir sind, wenn wir gewissen Vorkämpfern in der Vorbeugung syphilitischer Ansteckung glauben dürfen, einer b a l d i g e n Eindämmung dieser Krankheit doch nicht so ganz sicher. Und daher interessiert es uns vom praktischen sowohl wie auch rein wissenschaftlich-ätiologischen Gesichtspunkt aus in gleicher Weise, welche a n d e r e Bedingung oder Bedingungen zu der einen, unerläßlichen Vorbedingung hinzutreten müssen, damit aus der Syphilis die Paralyse entsteht.

Was es ist, das aus einem syphilitischen einen paralytischen Menschen macht, darüber sind schon zahlreiche Vermutungen und geistvolle Hypothesen ausgesprochen worden. Denn es war zu ver-

[1]) Die vorliegende Mitteilung ist die Frucht einer Reise nach Algier im Frühjahr 1909, aus Mitteln der Heinrich Laehr-Stiftung.





lockend, nach Gründen zu suchen, warum es Länder, Völker gibt, wo die Syphilis außerordentlich häufig angetroffen wird und doch die Paralyse fehlt oder überaus selten ist. Allein gerade diese Tatsache selbst wurde und wird noch angefochten, so daß Beiträge zur alleinigen Tatsachenfrage in dieser Richtung wohl gerechtfertigt erscheinen. Denn immer wieder wird an der faktischen Seltenheit der Paralyse bei gewissen Völkern gezweifelt. Die Ärzte, wird gesagt, kennen diese Krankheit zu wenig, die Paralytiker kämen nicht in die Helle der statistischen Zahl. Man konsultiere in jenen Ländern eben nicht wegen dieser Krankheit. Die Bevölkerung halte diese ihre Kranken bei sich zu Hause zurück, verpflege sie selbst, bete sie wie etwas Heiliges an oder binde sie fest, wenn sie gefährlich würden. Speziell der Mohammedaner wünsche nicht, daß seine kranken Angehörigen den Händen des Giaurs oder Rumi überliefert und von ihnen getötet würden und so fort. Ob diese Behauptungen stichhaltig sind, wird sich im folgenden ergeben.

Als Untersuchungsgebiet diente mir Algier und die Irrenanstalt in Aix-en-Provence (Südfrankreich), wohin ein großer Teil der geistig erkrankten algerischen Eingeborenen gebracht wird. Ich fand, um es vorweg zu nehmen, während einer siebenwöchigen, lediglich dem genannten Zwecke dienenden Reise im Mai und Juni 1909 im ganzen nur 2 Eingeborenen-Paralysen: einen paralytischen Eingeborenen (Fremdenführer) in Bougie und eine paralytische Eingeborene (Prostituierte) in Aix.

Aus dem der Reise vorangehenden Literaturstudium hatte ich den Eindruck gewonnen, daß die Krankheit dort zwar nicht gerade häufig sei, aber auch durchaus nicht fehle. Ich glaubte mich aber immerhin berechtigt anzunehmen, daß eine eingehende, sorgfältige und nur auf diese Krankheit gerichtete Prüfung am Orte selbst mir doch eine größere Anzahl von Beobachtungen ergeben würde, aus deren Vorgeschichte usw. ein Vergleich zu derjenigen anderer Eingeborenen, syphilitischer und nicht syphilitischer, ich vielleicht Anhaltspunkte für die Art der Momente gewinnen könnte, welche hinzutreten müßten, um aus dem lediglich Syphilitischen einen Paralytischen zu machen.

Um so enttäuschter war ich, als man mir von allen französischen Anstalten, wo Eingeborene untergebracht sind, kurz vor meiner Abreise schrieb, daß paralytische Eingeborene zurzeit dort nicht vorhanden

seien, als mir ferner auch die Ärzte in Aix, wo ich zunächst hinfuhr, versicherten, sie hätten zurzeit keine paralytischen Eingeborenen und hätten solche auch nie gesehen, und als ich schließlich in Algier selbst, der Hauptstadt des Landes, weder einen paralytischen Eingeborenen sah, noch ein solcher mir trotz schriftlicher und mündlicher Umfragen bei allen in Betracht fallenden französischen, jüdischen und arabischen Ärzten namhaft gemacht werden konnte. Dabei wurde stets betont, ich würde auch kaum einen finden, und von allen Ärzten wurde hervorgehoben, daß bei Franzosen und Juden die Krankheit jedoch nicht ungewöhnlich sei. Speziell in Aix sah ich selbst auch eine ganze Reihe paralytischer Franzosen aus Algier, eine Tatsache, die ja eben auch den dortigen Ärzten seit langem bekannt ist und im Vergleich zum Fehlen der Paralyse bei Eingeborenen von jeher ungemein auffiel. Und doch: Ist die im allgemeinen gemachte Annahme richtig, daß bei uns etwa 1 bis 3% der Syphilitischen späterhin paralytisch werden, so müßte das, auf algerische Verhältnisse übertragen, eine außergewöhnliche Häufigkeit der Paralyse ergeben.

Für manche unserer Großstädte würde sich, bei der Annahme, daß dort etwa 10% syphilitisch sind, etwa 1 Paralytiker auf 1000 der Bevölkerung ergeben. In Algier sind an vielen Orten 60 vom 100 der Bevölkerung syphilitisch. Nach der gleichen Berechnung wie oben müßten also an vielen Stellen Algiers etwa 6 Paralytiker auf 1000 Einwohner treffen, für die etwa 20 000 Eingeborenen der Stadt Algier also etwa 120 Paralytiker. Während ich in der Haupt- und Residenzstadt Algier, in der Privat-Irrenanstalt des Dr. *Rouby*, in der von Dr. *Battarel* geleiteten staatlichen Irrenabteilung des Krankenhauses Mustapha supérieur und in dessen übrigen Abteilungen vergeblich nach paralytischen Eingeborenen suchte, ergaben mir auch telegraphische Anfragen an arabisch-sprechende Ärzte in den übrigen Teilen des Landes die Aussichtlosigkeit, auf paralytische Eingeborene zu stoßen. Auch die ersten Antworten einer Rundfrage bei den Ärzten der Eingeborenen-Polikliniken (Infirmeries indigènes) und bei den Militärärzten des ganzen Landes, deren Resultat ich Seite 685 ff. mitteile, lauteten alle negativ. Es gebe überhaupt oder momentan keine paralytischen Eingeborenen. Nur aus einem entlegenen Orte an der marokkanischen Westgrenze schrieb mir ein Arzt, daß er in den vielen Jahren seiner Praxis schon „sehr zahlreiche Fälle von progressiver Paralyse bei den Eingeborenen und mehr noch bei den Marokkanern konstatiert“ habe. Die genaue Ziffer der behandelten paralytischen





Eingeborenen könne er zwar nicht angeben, aber jedes Jahr seien es wenigstens 6 bis 8 Fälle, also ungefähr 100 Fälle seit Beginn seiner Praxis. Gegenwärtig habe er einen „typischen Fall“ dieser Art in seinem Spital. Ich fuhr sofort hin. Es wurden mir 2 Fälle als Paralytiker vorgestellt. Der eine war jedoch ein Apoplektiker, der andere, eben jener „typische Fall“, ein einwandfreier Epileptiker mit Anfällen von Jugend auf und andern typisch epileptischen Symptomen in der Vorgeschichte, die mit Hilfe zweier Dolmetscher, wie ich erfuhr, zum erstenmal bei dem Kranken bei dieser Gelegenheit erhoben wurden. Es war also wiederum nichts mit der Eingeborenenparalyse. Ich glaube, diese persönliche Erfahrung berechtigt mich zu der Annahme, daß es sich auch bei den übrigen Fällen dieses Kollegen kaum, jedenfalls nicht mit Sicherheit um Paralyse gehandelt haben dürfte. Was jener Arzt unter Paralyse verstand, bleibt angesichts des Fehlens jeglicher Notizen unentschieden.

Ähnlich erging es mir im Bettlerasyl (Dépot de mendicité) in Beni-Messous, wo Leute, die beim Betteln oder Landstreichen lästig fallen und deswegen in der Stadt Algier aufgegriffen werden, untergebracht sind. Da Paralytiker für diese Delikte sehr wohl in Betracht kommen konnten, dachte ich dort vielleicht den einen oder andern Kranken dieser Art zu finden. Fast der erste Insasse, der mir entgegentrat, war — ein paralytischer Franzose. Von allen eingeborenen Insassen bot kein einziger den Verdacht der Paralyse. Die meisten waren körperlich irgendwie invalid. Besonders zahlreich vertreten waren die infolge von Trachom oder Pocken oder Lathyrismus ganz oder teilweise Erblindeten.

In Marengo, einem Greisenspital (Asile de vieillards), das ich mir wegen der zahlreichen dort untergebrachten Eingeborenen ausersah, ergab eine genaue persönliche Untersuchung der Kranken mit Hilfe eines Dolmetschers in Gegenwart und unter Mithilfe des dortigen Arztes, nach Prüfung der Sprache, der Pupillen (elektrische Lampe), der Sehnenreflexe usw., das völlige Fehlen von Paralysefällen. Hier versicherte mir der Arzt ebenfalls, auch früher nie Fälle von Paralyse gesehen zu haben.

Im Gefängnis zu Tizi-Ouzou, einer Kabylenstadt, wohin mich Herr Dr. *Meyer* führte, ergab die Untersuchung der geistig zweifelhaften Gefangenen ebenfalls ein negatives Resultat bezüglich der Paralyse.

In Michelet, mitten im Hochlande der Kabylie, war es mir ebenfalls, trotz der größten, liebenswürdigsten Bemühungen des dortigen Arztes, unmöglich, einen Fall von Paralyse aufzutreiben. Dieses Ergebnis ist um so interessanter, als Herr Dr. *Domergue*, der schon 20 Jahre lang in Algier praktiziert, und der aus ganz speziellen Gründen schon seit Beginn seiner langjährigen Praxis am Orte auf das Vorkommen der progressiven Paralyse (übrigens auch von Tabes) bei den Eingeborenen (Kabylen), die dort fast in Reinkultur sitzen, geachtet hat, auch nicht einen einzigen Fall in seiner Praxis sah, trotz des erstaunlich häufigen Vorkommens der Syphilis in jener Gegend.



In Rébeval, am Fuße des Kabylenbergstockes, wo der vortreffliche ärztliche Leiter der Infirmerie indigène Dr. *Gros* sich auch wissenschaftlich betätigt, fand ich weder selbst Paralyse, noch wußte sich der Arzt solcher bei den Eingeborenen, die dort stark an Syphilis leiden, zu entsinnen. Auch dort wie anderwärts prüfte ich mit Dolmetscher und den üblichen Untersuchungmethoden.

In Ain Bessem führte mir Dr. *Poujol* eine stattliche Reihe unter Kontrolle stehender arabischer Prostituierter vor. Keine von ihnen zeigte auch nur Andeutungen von Paralyse, obschon sie nahezu alle Syphilis überstanden hatten. Auch dieser Arzt hat nie progressive Paralyse bei Eingeborenen gesehen.

Ebensowenig konnten sich die Herren Kollegen *Bonfils* (Kolonisationsarzt) und *Picqué* (Leiter des Militärspitals) in Aumale, einer fast reinen Araberstadt, an Eingeborenenparalysen erinnern oder mir welche zeigen.

Schließlich wurde ich auf einen guten langjährigen Kenner des Kabylen- wie auch des Araberteiles des Landes aufmerksam gemacht, Herrn Dr. *Legrain* in Bougie. Er versicherte mir, weder in den Oasen der Sahara, noch im Kabylenlande in 20jähriger Praxis jemals einem Paralysefall bei Eingeborenen begegnet zu sein. Dabei habe er viele Páralysen bei in Algier geborenen oder ansässigen Europäern und Juden, sowie Psychosen anderer Art bei Eingeborenen gesehen. Daß im dortigen Spital auch bei den dort stationierten eingeborenen Tirailleurs keine Paralysen waren, davon überzeugte ich mich persönlich, gleichzeitig versicherte mir aber Dr. *Legrain*, es stehe zurzeit überhaupt der erste Eingeborenen-Paralysefall seines Lebens bei ihm ambulant in Beobachtung. Wir ließen ihn kommen. Es war in der Tat ein etwa 45 Jahre alter Paralytiker (B....) mit absoluter Lichtstarre der Pupillen (Pupillen mittelweit bis eng) bei erhaltener Akkommodation, Verlust des einfachsten Rechnens, Merkstörung, Sprachstörung, starkem Silbenstolpern, Depression zu Beginn, später Größenideen, Schlaflosigkeit, Schwindelanfällen, Euphorie bei Krankheitgefühl und Einsichtlosigkeit, Analgesie, Suggestibilität. Äußerlich war er noch geordnet, hatte aber ungeheuerliche Pläne. Unter anderm beabsichtigte er einen Dienst, „grand service", von 20 Automobilen von je 40 Pferdekräften einzurichten, die die Strecken von Bougie nach Sétif und zurück also etwa 2 × 180 km in einer Stunde zurücklegen sollten. Außerdem plante er, der ehemalige Fremdenkutscher, den Bau von Eisenbahnen usw. Geld habe er zwar noch nicht, aber das werde er schon leicht bekommen.

Er war vor 8 bis 10 Jahren, seine Frau etwas später, von Herrn Dr. *Legrain* wegen gewöhnlicher syphilitischer Symptome von seiten der Haut, Cephalaea usw. in spezifischer Weise (Injektionskur) behandelt worden. Später erschienen auch Tertiärsymptome, Gummata, im Gebiet der Stirnknochen. Die paralytischen Symptome zeigten sich etwa seit

November 1908. Er begann seine Frau, eine Französin, die von ihm 3 bis 4 Fehlgeburten gehabt hatte, zu drangsalieren, namentlich auch nachts, da er nicht mehr schlafen konnte. Er machte „eine fürchterliche Wirtschaft", bedrohte die Frau mit dem Messer, ja wollte sie töten, denn er behauptete, sie abortiere alle ihre Kinder absichtlich, während er sie doch nur geheiratet habe, um Kinder von ihr zu kriegen. Daher verließ ihn auch die Frau, die tüchtig war, gut kochte und mitverdiente.

Der Mann sprach sehr gut Französisch, wenn auch mit dem bekannten arabischen Akzent und kargem Wortschatz. Seine Muttersprache, behauptete er, sei die französische. An sonstigen Daten ergab die Untersuchung bei dem 1,62 m hohen, ursprünglich schwarzhaarigen, aber schon ziemlich ergrauten Manne bräunliche Hautfarbe, dunkelbraune Augen, einen Kopfumfang von 57 cm, einen Schädelindex von 77 (größte Schädellänge 196, größte Breite 151 mm), einen Gesichtsindex von 81,5 cm (Jochbogenbreite 14,1, Länge des Gesichts vom Kinn bis Nasenwurzel 11,5 cm). Ferner wurde ein Pterygium am rechten Auge und ein rundherum verlaufender Arcus senilis beiderseits konstatiert. Der Kranke selbst wollte sich an eine syphilitische Infektion nicht erinnern können. Er war Kutscher von Beruf gewesen, begleitete als solcher Fremde auf ihren Fahrten durchs Land und wird wohl, wenn es auch von ihm heißt, er sei nie betrunken gewesen, reichlich Alkohol zu sich genommen haben. Sein Régime bestand zu Hause (gute, fleischreiche französische Küche!) wie auch auf seinen Fahrten in den Fremden-Hotels in ausgesprochener Fleischkost. (Die Frau war denn auch wegen Gastro-Enteritis in Behandlung von Dr. *Legrain* gewesen und durch Verordnung fleischarmer Diät rasch gesund geworden.) Angeblich stammte er aus einer Familie von 13 Kindern, von denen er und noch drei männliche und zwei weibliche Geschwister am Leben geblieben seien. Von Krankheiten in der Familie wußte er nichts; er war in Sétif geboren. Seine Familie ist von Guergour, sein Vater von Medjana bei Sétif, wo früher zahlreiche türkische Familien waren. Tatsächlich glich sein Äußeres mehr dem eines Türken als dem eines Arabers oder eines Kabylen, wenn auch sein Schädel dolichozephalen Typus zeigte. Mit Stolz trug er wie alle „Araber" die unentbehrliche Chechia, hatte aber sonst ganz europäische Kleidung und Gewohnheiten.

Am Ende meines Aufenthaltes in Algier war ich zu folgendem Schlusse gekommen: Die progressive Paralyse unter den Eingeborenen (Kabylen und Arabern) ist nicht bloß scheinbar, sondern wirklich selten, so selten wie die Syphilis häufig ist. Dafür sprechen meine eigenen Beobachtungen, die unter zahlreichen Psychosen und nervösen Zuständen nur e i n e Paralyse ergaben, sowie die Beobachtungen der dortigen Stadt- und Landärzte, welche mit den Eingeborenen in innigem Kontakt sind.



Der Einwand, die dortigen Ärzte kännten durchweg das Krankheitsbild der Paralyse nicht, ist hinfällig, denn sie haben Gelegenheit, die Psychose oft genug bei landesgeborenen sowohl wie eingewanderten Europäern zu konstatieren. Einige Ärzte haben sogar von jeher ein ganz spezielles Augenmerk auf das Vorkommen der Krankheit bei Eingeborenen gerichtet und gleichwohl keine konstatieren können. Ebensowenig stichhaltig ist der Einwand, der Araber und Kabyle vertraue seine Geisteskranken nicht den unbeliebten Franzosen an. Denn andere Geisteskranke werden diesen in immerhin beträchtlicher Menge zur Heilung, noch mehr zur Verwahrung übergeben, wenn auch naturgemäß hauptsächlich nur dann, wenn sie kriminelle Neigungen zeigen oder gefährliche Handlungen begehen.

Die schriftliche Umfrage, welche ich anregte und die Herr Dr. *Ben Tami* gleichzeitig mit meinen persönlichen Nachforschungen bei fast sämtlichen Zivil- und Militärärzten der Spitäler und Eingeborenen-Polikliniken, der Kolonisationsärzte der 3 Provinzen des Landes, Oran, Algier und Constantine, die große Liebenswürdigkeit hatte zu veranstalten, ergab folgendes Resultat: Positiv fielen 5, negativ 63 Antworten aus.

Die Anfrage lautete folgendermaßen:

Alger, le 19 Mai 1909. Monsieur le Docteur.........
Très honoré Confrère,

En vue d'établir une statistique des cas de paralysie générale progressive chez les indigènes musulmans algériens (Arabes, Kabyles, Mozabites) et cela dans un but scientifique, je prends la liberté de faire appel à votre complaisance pour me fournir certains renseignements nécessaires à l'établissement de cette statistique. —

Pour ne pas vous faire perdre trop de temps, je borne ma requête à vous demander si vous avez eu l'occasion d'en observer et si actuellement vous avez connaissance d'un cas bien caractérisé. (Signe d'Argyll-Robertson, c'est à dire absence du réflexe lumineux de la pupille, inégalité pupillaire, réflexe rotulien aboli ou exagéré, analgésie ou hypalgésie de la peau, eschares, mouvement de trombone de la langue, embarras de la parole — traînante, hésitante, bredouillante, — signe de Romberg, ictus apoplectiformes, gâtisme, insuffisance ou diminution de la mémoire, dissociation des idées, perte de l'orientation, monomanie des grandeurs et autres manifestations d'aliénation.) —

Il n'est pas nécessaire cependant que les cas présentent en même temps tous les symptômes précités. —



Je vous serais très obligé de m'envoyer votre réponse le plus tôt qu'il vous sera possible. —

Veuillez agréer, mon cher Confrére, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de mes meilleurs sentiments. —

Docteur *Bentami*, Rue de Bône 2,

Ci-joint un timbre pour la réponse. Alger.

Positive schriftliche Antworten bekam ich 5. Über den bei eigenem Augenschein negativen Ausfall jener vielversprechenden positiven Antwort aus dem Westen des Landes habe ich bereits berichtet.

Die zweite Antwort (Dr. *Cool*) lautete: „Ich hatte mehrere Male Gelegenheit, progressive Paralyse zu konstatieren mit den Zeichen, die Sie angeben, und das besonders im Asyl von El-Arrouch, wo wir ziemlich häufig Eingeborene verpflegen. Im Augenblick habe ich keinen Fall zu melden." In dieser Antwort, die wörtlich übersetzt ist, ist für den Leser nicht bloß offen gelassen, ob es sich in den beobachteten Fällen um Paralyse bei Eingeborenen handelte, sondern, da gegenwärtig kein Fall vorhanden, fehlte auch die Möglichkeit, die Richtigkeit der Beobachtung nachzuprüfen.

Ein anderer Arzt (Dr. *Colas*) schrieb: „Bis jetzt habe ich nur einen einzigen Fall von progressiver Paralyse bei den Eingeborenen beobachtet. Ich konnte diesen Kranken nicht weiter verfolgen, der mich etwa vor 3 Jahren in die Eingeborenen-Poliklinik von Maillot konsultieren kam; aber der Fall war gut charakterisiert." Auch hier war eine Möglichkeit der Nachprüfung nicht gegeben. Die wichtigste positive Antwort, von Dr. *Dirsche*, lautete sehr präzise:

Erster Fall: „Während 23 Monaten Praxis im M'zab [1]) konnte ich, gegen Ende meines Aufenthaltes, einen einzigen gut charakterisierten Fall von progressiver Paralyse bei einem Mozabiten von Mélika beobachten: Argyll-Robertson, Ungleichheit der Pupillen („Inégalité pupillaire droite"?), erhöhte Kniesehnenreflexe rechts, Sprachstörung, besonders Undeutlichkeit (— bredouillement —), charakteristische Schrift mit Auslassung eines guten Teils von Worten, Gehörstäuschungen, Verfolgungswahn — troubles de persécution — usw. Präzedenzien: klare Syphilis, Zerstörung des Nasenseptums, Alkoholismus (Absinthe).

Zweiter Fall: Araber, Stamm der Saârba. Einflußreiche Person, begeht da und dort unverständliche Handlungen — schlitzt Schafen beim Vorübergehen die Bäuche auf, zerstückelt sie. Klagen beim Bureau der

[1]) Die M'zabiten sind die Protestanten unter den Mohammedanern, ein rühriges, tüchtiges, sparsames, mit wenigen Ausnahmen nüchternes, im Handel routiniertes und raffiniertes Kabylenvolk aus dem äußersten Süden des Landes, dessen Glieder arm nach Algier und zu den andern großen Städten des Landes hin und reich in ihre Heimat zurück ziehen und wegen ihres zuverlässigen solidarischen Einstehens für einander und ihrer Ehrlichkeit und Sparsamkeit in Algier allerwärts den größten Geld- und Warenkredit genießen.



Angelegenheiten für Eingeborene. Ich werde hingeschickt, ihn zu untersuchen: Argyll-Robertson, Ungleichheit der Pupillen, Sprachstörung (schleppende schmierende — traînante — Sprache). Gesamtherabminderung der geistigen Fähigkeiten, Größenideen, Zerstörungsucht. Drei rasch erwähnte Tatsachen werden Ihnen ein Bild dieser Persönlichkeit geben. Seine vornehme arabische Mutter hatte ihm ein französisches Mobiliar gekauft. Er zerschlug alles, außer sein Kastenbett (lit cage), welches er mit zwei Pferden bespannte und in den Bergen herumfahren ließ. Seine Frau schlug er beständig, so daß man ihn entfernen mußte. Seine Pferde waren in einem Zustande äußerster Abgemagertheit, und er schlief in ihrer Gesellschaft neben seinem Haufen Gerste. Er bewahrte noch einen gewissen Geschmack für den Anbau. Er pflanzte Baumstücke bei einer Quelle ein und lenkte mit Hilfe eines sauberen Burnus die Strömung ab und bewässerte so seine Pflanzungen. Als er über sein Vermögen verfügte, kaufte er in Laghouat Körbe mit Absinth und Anisette, und es war dann in Tadjermont ein allgemeines Saufgelage. Er trank Kif (Haschisch) als Infusion und rauchte auch solchen. Präzedenzien: Syphilis, mit Injektionen behandelt, vor 8 Jahren. Seither keine Behandlung mehr. Fall auf den Schädel mit 16 Jahren — wahrscheinlich Fraktur (einige Tage dauernder komatöser Zustand).

Das sind Erinnerungen, von denen ich die Beobachtungen selbst in Laghouat besitze.

Nach meiner Ansicht ist die Paralyse vielmehr selten bei unsern Eingeborenen im Verhältnis zu den wenn nicht bestimmenden, so doch prädisponierenden Faktoren der Syphilis, des Alkoholismus, verschiedener Vergiftungen, Kif usw. Es scheint mir jedoch, daß die beschriebenen exzeptionellen Nervenstörungen in der Eingebornenrasse zwar manchmal (parfois) vorkommen, aber viel weniger häufig als in den europäischen Rassen. Ich konnte zahlreiche Kranke untersuchen, sei es im M'zab, sei es im Umkreis der Saârba, sei es im Tirailleur-Bataillon von Laghouat, und ich konstatierte manchmal klassische Neurosefälle: Epilepsie, Hysterie usw. Es genügt, seine Kranken aufmerksam zu untersuchen und sie zu verfolgen. Ich stehe zu Ihrer Verfügung, ich bedauere, nicht die Akten in Händen zu haben, aber ich bin dieser zwei Fälle von Paralyse sicher. Der Mozabite von Mélika starb nach 6 Monaten im Ksar, völlig gelähmt. Mein anderer Kranker muß noch leben. Ich kann bei meiner Rückkehr von ihm Nachricht bekommen."

Zu den positiven Antworten zählt auch diejenige des Dr. *Susini* von Berrouaghia, der einen paralytischen Eingeborenen R... b.. B... seinerzeit gesehen zu haben angab. Er sei nach Villejuif in Frankreich überführt worden. Eine Anfrage an den Direktor dieser Irrenanstalt (Herrn Dr. *A. Marie*), ob ich den Kranken nicht untersuchen dürfe, ergab den Bescheid, daß der Kranke bereits tot sei, und daß bei der Sektion sich das Vorliegen einer progressiven Paralyse ergeben habe.

„Seit 11 jähriger Praxis“, schreibt Dr. *Susini*, „habe ich 4 gut charakterisierte Fälle von progressiver Paralyse bei Eingeborenen gesehen, aber niemals welche bei eingeborenen Frauen.

Der obengenannte Kranke bot einen Verfolgungswahn dar, mit Anfällen von Schwermut, die mit solchen des Zornes und Gewaltakten abwechselten. Die Kniesehnenreflex war erloschen, die Sprache gestört (bredouillante).

Dieser Eingeborne war gebildet, er konnte Französisch und Arabisch lesen und schreiben. Er war nicht syphilitisch, oder besser, er bot keine Zeichen akquirierter oder hereditärer Syphilis dar, aber er hatte zahlreiche Trinkexzesse begangen (Wein und Absinth). Er war 32 bis 35 Jahre alt.

Ich verlor die andern (3 paralytischen) Eingeborenen aus den Augen und konnte sie auch, wegen ihres überreizten Zustandes, nicht vollständig untersuchen.“

Manche der in der Enquête befragten Ärzte bezeugen, keine progressive Paralyse bei Eingeborenen gesehen zu haben, erklären, warum diese faktisch trotz häufiger Syphilis selten sei, und warum sie scheinbar fehle.

In dieser Hinsicht ist die folgende Antwort des Dr. *Baudry* in Oued-Marsa typisch:

„Das ärztliche Register erwähnt keinen Fall von progressiver Paralyse, ich selbst habe nie einen konstatiert. Das hat nichts Erstaunliches. Zunächst muß das Leiden ziemlich selten sein bei den Eingeborenen, obschon die Syphilis bei ihnen souverän herrscht. Das Zentralnervensystem der Kabylen, welches wenig vergiftet, wenig überanstrengt ist, bietet der Syphilis keinen Angriffpunkt, wie man weiß, und nimmt man selbst das Vorhandensein von Paralysefällen an, so hat der Arzt geringe Chance, sie zu beobachten. Im Beginn lassen die psychischen Störungen den Kranken in den Augen der Familie dement erscheinen, und man verlangt vom Arzte für diesen Zustand keine Arzenei, später im Höhe- oder Endstadium wird der unreine Kranke von seinen Verwandten als unheilbar betrachtet. Man kümmert sich nicht mehr um ihn und erwartet seinen Tod wie eine Befreiung.“

Als Muster einer Antwort, die zwar positiv erscheint, aber doch über die klinische Dignität der beobachteten Fälle große Zweifel bezüglich der Frage, ob es sich um metasyphilitische Prozesse handelt, bestehen läßt, diene folgender Brief des Dr. *Cambillet* aus Flatters (Alger):

„Ich sah, während meines Interims in Chateaudun du Rhume (Constantine), einen hereditär syphilitischen Eingeborenen, der von Verfolgungswahn ergriffen wurde. Infolge meines Berichts wurde er im Spital aufgenommen, dann interniert. Das sind die einzigen Daten, die ich nach so langer Zeit liefern kann. Bei einer neulichen Impfrunde sah ich im Douar Beni Derdjine einen jungen Mann im Alter von 25 Jahren etwa,

der alles unter sich ließ. Ich habe ihn nicht ernstlich untersucht. Aber er schien mir die tabische Form der progressiven Paralyse darzubieten. Ich sah keine andern Fälle, die Dich interessieren könnten, und doch, die Syphilitiker sind Legion in meinem Kreis."

Ein Arzt, Dr. *Pierre Battarel*, vermeint klare Fälle gesehen zu haben. Er schreibt: „Ich habe wohl Eingeborne gesehen, die zweifellos an Gehirn- oder Rückenmarkstörungen litten, aber kein Fall war ganz charakteristisch" (nettement caractéristique).

Ein Arzt in El Kseur, Dr. *Basioul*, antwortete ausweichend und machte sehr gründliche Anregungen, die zeigen, wie selten die Paralyse unter Eingeborenen ist, wenn man überhaupt zu so hochgespannten Forderungen greifen muß, um auch nur einen Fall zu sehen.

„Um eine Statistik aufzustellen, wie Sie sie unternehmen, müßte man in die Kabylendörfer meines Kreises gehen und sich eine Zeitlang dort aufhalten, was mindestens ein Jahr erfordern würde, vorausgesetzt, man hätte nur das zu tun."

Von den negativen Antworten sind einzelne besonders bemerkenswert.

Z. B. jene des Dr. *Duboucher* von Téniet-el-Haâd (Alger), der in 6 Jahren unter Eingeborenen keine einzige Paralyse gesehen hat. „Nicht etwa daß meine Aufmerksamkeit nicht auf diesen Punkt gerichtet gewesen wäre. In meiner kleinen Beobachtungsphäre bemühe ich mich, die Charakteristika der Pathologie der mohammedanischen Eingeborenen aufzudecken. So habe ich die Überzeugung gewonnen, daß Typhus und Krebs viel seltener sind bei ihnen, als man allgemein glaubt.

Was die Paralyse anbetrifft, so habe ich hier nur 2 Fälle beobachtet: 1. einen bei einem europäischen Maurer, der vor 22 Jahren Syphilis akquiriert hatte und außerdem ein alter Alkoholist war; 2. einen andern bei einem israelitischen Schuster, ebenfalls Syphilitiker und Alkoholiker."

Von den interessanten negativen Antworten möchte ich außer der von Dr. *Domergue* ferner noch die eines andern langansässigen Kollegen erwähnen, weil sie ein nach meinen Erfahrungen zutreffendes Bild der fraglichen Sachlage in Algier gibt.

Dr. *A. Vidal* in Pont de l'Isser (Oran) schreibt:

„11 Jahre sind es nun, daß ich in Algier bin und Gelegenheit hatte, nicht wenige Eingeborene zu behandeln. Unter andern war ich auch im Süden Algiers, dann in den Regionen von Nedrouma (Oran), Nemours und schließlich hier. Nirgendwo konnte ich bei ihnen Fälle von deutlicher progressiver Paralyse feststellen. Ich sah Geisteskranke, Hysterische, Gelähmte, meist infolge syphilitischer Myelitis, aber nie, ich wiederhole es, wahre progressive Paralyse."



Dr. *Aucaigne*, Vialar (Alger), schreibt: Ich habe keinen Fall von progressiver Paralyse bei den Eingeborenen festgestellt. In einem Artikel im Lyon médical, August 1902, hob ich bereits den Kontrast hervor, der besteht zwischen der großen Zahl konstatierter Syphilisfälle bei den Eingeborenen und der Seltenheit der beobachteten Fälle von progressiver Paralyse und von Tabes.

Dr. *Monnier*, Cassaigne (Oran) versicherte ausdrücklich, daß er seit seiner 10 jährigen Praxis nicht einen einzigen Fall von progressiver Paralyse habe konstatieren können. Ebenso Dr. *Quintaud*, St. Lucien, und Dr. *Nicolas*, Lamoricière (Oran), in 10 jähriger Praxis.

Ein anderer Arzt schreibt in sehr charakteristischer Weise: „Als Externe des Asyles und als Externer der familiären Geisteskranken-Kolonien hatte ich oft davon geträumt, eine Studie über die progressive Paralyse der Eingeborenen zu machen. Ich bewohne eine Gegend, wo es etwa 60 % Syphilitiker gibt. Es ist unmöglich, daß bei dieser Ziffer die Syphilis nie Widerhall in der Zerebrospinalachse finden sollte. Ich hatte die Verwaltung gebeten, die Kaids zu ersuchen, mir in jedem Douar die Verrückten, Unreinen und Gelähmten („les mahbouls, les gâteux, les paralysés") namhaft zu machen, und ich rechnete darauf, jedes Individuum nach Kräften untersuchen und weiter verfolgen zu können, da ich sicher war, großes Interesse an dieser Studie zu finden. Dieses schöne Projekt scheiterte aber kläglich an der doppelten Inertie der Mohammedaner sowohl als auch der Verwaltung. Ich konnte keine Auskunft bekommen und entdeckte nur einige 4 oder 5 chronische Maniaci (maniaques chroniques). Jedenfalls sehe ich jedes Jahr in der Eingeborenen-Poliklinik (Infirmerie) 5- bis 6000 Eingeborene, und ich habe nie progressive Paralyse unter ihnen gesehen. (Eine Affektion, die zu klassisch ist in den Asylen, wo ich 6 Jahre lang war, als daß ich sie verkennen könnte.)

Für mich ist die Paralyse nicht häufig (peu fréquente) in den Städten, bei den mohammedanischen Intellektuellen, sie ist sehr selten auf dem Lande (bled). Man könnte wohl freilich doch welche aufstöbern, aber nichts ist möglich ohne die Unterstützung der Verwaltung, und darauf darf man nicht rechnen."

Dr. *Gros* (Rébeval), den ich schon oben erwähnte, antwortete, daß er seit seinem Aufenthalte in Algier auch nicht einen einzigen Fall von progressiver Paralyse bei den Eingeborenen gesehen habe. „Ich kam selbst nicht einmal zu einem Verdacht auf einen solchen. Ich habe bei Individuen, die nervöse Störungen zeigten, oft gesucht nach den Symptomen, die Sie hervorheben (Argyll-Robertson, Ungleichheit der Pupillenreflexe, Sensibilität usw.), ohne auch nur einer einzigen Störung zu begegnen, die man als parasyphilitisches Zeichen hätte auffassen können. Was die subjektiven Symptome anbetrifft, so ist ihr Auffinden sehr viel schwieriger und ihr Wert viel geringer. Allein ich glaube nicht, daß sie viel häufiger

sind als die objektiven Symptome. Meine Meinung ist, daß die parasyphilitischen Erscheinungen aus Gründen, die schwer zu bestimmen sind (Klima? Nahrung? Bakterielle Komplikationen?), äußerst selten sind bei den Eingeborenen. Sie sind so selten, daß es meiner Ansicht nach notwendig ist, die als positiv zitierten Tatsachen genau zu verfolgen und zu studieren, um sie als wahr anzunehmen.

Ich sah nur Eingeborene auf dem Lande. Vielleicht ist es anders in den Städten, wo die Mohammedaner ein Leben führen, das sich dem der Europäer (Alkoholismus, mehr Fleischkost, weniger Kohlehydrate) mehr nähert, als dies bei den Landbewohnern der Fall."

Dr. *Salvan*, Morris (Constantine) versichert, er hätte mit größtem Vergnügen Beobachtungen über Eingeborenenparalyse mitgeteilt. „Aber seit meiner 20 jährigen Praxis in einer recht ausgedehnten Eingeborenen-Klientel habe ich keinen einzigen Fall von progressiver Paralyse beobachten können."

Dr. *Prengrueber* (Palestro) schreibt:

„Ich kenne sehr wohl die Symptomatologie der progressiven Paralyse, und ich kann Sie versichern, daß ich diese Krankheit bei den Eingeborenen des Kantons Palestro, wo ich seit 35 Jahren praktiziere, nie gesehen habe." Er habe nur andere Geisteskranke gesehen, besonders Epileptiker, und doch sei die Syphilis eine nur zu gewöhnliche Krankheit unter ihnen. Auch die Tabes sei eine sozusagen unbekannte Krankheit unter den Eingeborenen. Denn bei seinen innigen und zahlreichen Beziehungen zu diesen habe er nur einen „Ataktischen" sehen können, einen Taleb.

„Vielleicht stimmen meine Beobachtungen mit denen überein, welche Sie in dem großen Zentrum machen, wo die Eingeborenen sich so leicht dem Alkoholismus hingeben, der, nach Fournier, einer der wichtigsten Faktoren ist, um die „Schadhaften" („avariés") der Paralyse und Tabes zuzuführen. Habe ich nichts Ähnliches konstatiert bei den Arabern, Kabylen, Koulourlis und selbst einigen Negern, so wahrscheinlich deshalb, weil diese alle Alkohol-Abstinenten waren."

Von weiteren Ärzten, die die progressive Paralyse bei Eingeborenen nie gesehen haben, seien nur die folgenden Namen genannt: Prof. Dr. *Brault*, Dr. *Dumolard*, Dr. *Raynaud*, Senator Dr. med. *Gérente*, Dr. *Sallière*, Dr. *Rouby*, Dr. *Bacri*, Dr. *Trenga*, Dr. *Sicard*, Dr. *Machtou*, Dr. *Bentami*, Dr. *Karoubi*, Dr. *Fassina*, Dr. *Benhamou*, Dr. *Hanoun*, Dr. *Alboulker*. Als sehr selten bezeichnet die Paralyse Dr. *Scherb*.

Nicht unerwähnt dürfen die mir schon vor Antritt meiner Reise mitgeteilten Beobachtungsresultate der Kollegen französischer Anstalten bleiben, in denen geisteskranke algerische Eingeborne untergebracht sind oder waren.

Dr. *Nolé*, der medizinische Leiter der öffentlichen Irrenanstalt von Saint-Alban (Lozère), wohin seit einigen Jahren die geistig



Erkrankten aus Oran, Franzosen sowohl als Eingeborene, aufgenommen werden, schrieb mir, daß er unter seinen Eingeborenen nie progressive Paralyse habe konstatieren können. Unter 5 Todesfällen, die diese Krankheit im Gefolge hatte, betrafen 3 Franzosen und 2 oranesische Juden. Gegenwärtig (19. IV. 09) verpflege er 3 paralytische Frauen, aber alle drei seien in Oran niedergelassene Französinnen.

Dr. *Rougé*, der Arzt an einer von den Schwestern von St. Joseph-de-Cluny zu Limoux (Aude) geführten Irrenanstalt, schrieb mir, daß vom 1. I. 1903 ab Limoux die in der Irrenanstalt Albi verpflegten Kranken aus Oran aufgenommen und von dann ab bis Mitte 1906 Geisteskranke direkt aus Oran bekommen habe. Zurzeit (14. IV. 09) verpflege er 139 Kranke aus Oran. Unter den letzteren war kein einziger Fall von progressiver Paralyse.

Was die Eingeborenen aus Algier anbetreffe, welche vom 1. I. 1903 ab ankamen, so war der einzige Paralytiker, der sich darunter befand, ein Neger (gestorben 1906).

Aus Pierrefeu (Var) schrieb mir der dirigierende Arzt, daß unter den dort noch vorhandenen eingeborenen Geisteskranken sich keiner befinde, der an Paralyse leide.

Dr. med. *Karl Narbeshuber*, viele Jahre praktischer Arzt in Sfaks in Tunesien, jetzt niedergelassen in Gmunden, der durch seine genauen Studien der arabischen Sprache und der dort herrschenden Dialekte, durch seine Bekanntschaft mit der Religion und den Sitten der dortigen Völkerschaften sich das Vertrauen der Eingeborenen als Arzt in einem Maße zu erwerben wußte, wie wenige Europäer vor ihm und in den Häusern der Araber ein- und ausging und selbst ihre Frauen behandeln durfte, teilte mir in unserer Frage einige interessante Daten mit (23. IV. 1909), die sich mit meinen eigenen Erfahrungen und denen langerfahrener Ärzte in Algier durchaus decken.

„Im allgemeinen gibt es unter der arabischen und berberischen Bevölkerung nur wenig Geisteskranke. Lues dagegen ist ungemein verbreitet, und gerade die heute der Lues als Folgekrankheiten zugeschriebenen Krankheiten, d. h. progressive Paralyse und Tabes, sind sehr selten. Eher dürfte Tabes noch häufiger vorkommen. — — —

Meine Anschauungen über das Verhältnis von Syphilis und Paralyse in Nordafrika, das unseren Voraussetzungen gerade entgegengesetzt, aber absolut nicht abzuleugnen ist, will ich Ihnen im Nachfolgenden in einigen Sätzen wiedergeben. Vor allem muß ich bemerken, daß in meiner Studienzeit der Satz: „Keine Paralyse ohne Lues" noch nicht mit solcher Strenge wie heute ausgesprochen wurde. Ich glaube, daß die Dementia paralytica zu jenen Krankheiten gehört, die sich unter unseren heutigen kulturellen und sozialen Schädlichkeiten eben am besten entwickeln.



Die Syphilis mag ja die Pulvermine sein, zum Explodieren aber bringen sie erst die täglich auf unser Nervensystem einwirkenden Schädlichkeiten. Das Nerven- und Gehirnsystem ist der europäische Locus minoris resistentiae, jedoch nicht der arabische oder berberische. Denken Sie nur einmal an die Schädigungen des Alkohols, die in jenen Ländern erst jetzt zu wirken beginnen, uns aber schon seit lange ruinieren. Denken Sie nur an all die Millionen Eindrücke, deren sich in Europa niemand wehren kann, und Sie müssen wohl zugeben, daß unser Nervensystem beständig auf dem Amboß unter dem Hammer liegt. Was bedeuten dagegen die Gefahren eines Lebens in der Wildnis. Daher wohl auch die Häufigkeit der Neurasthenie, der Erschöpfungsneurose κατ' ἐξοχήν in Europa.

Sie werden auch sehen, daß es in jenen Ländern kaum eine Syphilis-Hypochondrie gibt. Man hat Syphilis, ist aber deswegen durchaus nicht in seinem seelischen Gleichgewichte gestört. Ich habe auch Fälle von Neurasthenie gesehen, doch ließ sich leicht eine grobe Ursache, Intoxikation, sexuelle Überanstrengung, Blutverluste usw. nachweisen."

Die Zahl der einwandfreien Eingeborenen-Paralysen ist aber nicht bloß nach meinen eigenen Beobachtungen und schriftlichen und noch zahlreicheren mündlichen Um- und Nachfragen eine sehr geringe, sondern sie schrumpft auch, wenn wir die in der Literatur angegebenen Fälle einer kritischen Beleuchtung unterwerfen, mehr und mehr zusammen.

Schon die These Pierre *Battarels*, in der auch die Beobachtungen *Meilhons* wiedergegeben sind, konstatiert, daß die Eingeborenen-Paralyse selten ist. (In Aix: 10 Paralysen offiziell diagnostiziert in den Jahren 1877 bis 1889.) Allein nicht alle dort vorgebrachten Fälle sind stichhaltig. Ich sah alle in den Registern der Irrenanstalt zu Aix durch. Die Fälle sind Originalbeobachtungen der damaligen dortigen Ärzte Dr. *Pontier* (Observation I) und Dr. *Dauby* (Observation II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII).

In den Registern fand ich aber nichts, was z. B. bei Observation X, trotz der Diagnose des Dr. *Dauby*, für Paralyse gesprochen hätte. In Observation VIII, IX und XIV wurde die Autopsie augenscheinlich verabsäumt, ebenso in Observation VI.

Auch bezüglich der Observation II findet sich in den Registern zu Aix keine Notiz darüber, daß die Autopsie wirklich gemacht wurde und was sie zutage förderte.

Auch Observation XI kann nicht recht überzeugen. Der Tod trat infolge von Lungenphthise ein. Hier, wie in den andern Beobachtungen ist nur von Pupillenungleichheit die Rede. Die Lichtstarre der Pupillen oder die Prüfung auf dieselbe ist nirgends in der



g a n z e n Arbeit erwähnt und nirgends in den Registern zu Aix.

Observation XV (ein 24 jähriger Paralytiker) ist von sehr zweifelhafter Beweiskraft. Der junge Mann wurde, wie die Register besagen, 2 Monate nach Eintritt wieder vom Vater aus Aix mit nach Hause genommen.

Observation XVII ist wohl sicher kein Paralytiker. In Algier hatte man den Zustand noch benannt: Manie avec idées de persécution et impulsions homicides suivies d'exécution. In Aix (24 Stunden-Zeugnis) Melancholie und (im 2 Wochen-Zeugnis) Melancholie avec idées de persécution et hallucinations de l'ouie.

Der Kranke starb in Aix am 16. Juli 1896 an tuberkulöser Enteritis. Von Paralyse ist in den Registern nicht die Rede.

Auch Observation XVIII trifft nicht auf Paralyse zu. Die Kranke war zunächst beim Eintritt in die Irrenabteilung in Algier erst 27 Jahre alt. Diagnose: Mégalomanie avec quelques idées de grandeur. In Aix wird sie aufgefaßt (im 2 Wochen-Zeugnis) als Délire de persécution und starb am 14. Februar 1904 an Lungentuberkulose, also erst 7 Jahre, nachdem sie zuerst in ein Krankenhaus kam.

Observation XIX ist so dürftig und so bar aller auf Paralyse hinweisender Symptone, daß es unangezeigt erscheint, allein gestützt auf Größenideen hier die Diagnose der Paralyse zu stellen.

Auch Observation XX kann nicht überzeugen. Die 46 jährige Kranke (Schwangerschaftwahn mit Größenideen und maniakalischer Erregung) konnte denn auch nach ca. 1 Jahr, am 16. Juli 1898, wieder nach Algier entlassen werden (laut Register zu Aix).

Auch in Observation XXI wird nur von Größenideen gesprochen, welche seit 8 Jahren jeden Winter anfallweise wiederkehrten. In „gutem Allgemeinzustande" wurde der Kranke (nach wenigstens achtjähriger Dauer) nach Pierrefeu überführt. Ebenso sind in Observation XXII Größenideen die Hauptsache der Diagnose. Von einer körperlichen Untersuchung ist nichts zu finden.

Der in Observation XXIII kurz beschriebene Kranke ist 25 jährig. Für Paralyse spricht wiederum nichts, es sei denn, man halte alle Kranken mit Größenideen für paralytisch. Eine körperliche Untersuchung fehlt auch hier.

Der Kranke in Observation XXIV ist gar nur 23 Jahre alt, und mit 20 Jahren war er schon einmal wegen Geistesstörung ins Spital gekommen. („Paralysie générale alcoolique.") In der Krankengeschichte spricht nichts für Paralyse. Der unreinliche Schwachsinnige (dément gâteux) dürfte wohl eher ein Hebephrener sein.

Immerhin ist Herrn Dr. *E. Battarel*, dem Leiter der Irrenabteilung des Spitals zu Mustapha supérieur (Salle Pinel) und Vater des Dokto-



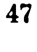
randen *P. Battarel*, recht zu geben, wenn er behauptet, es sei auch in Aix zehnmal „offiziell“ die Diagnose der progr. Paral. der Eingebornen gestellt worden. Merkwürdig ist nur, daß dies seit etwa 1889, seit der Tätigkeit der jetzigen Ärzte, Dr. *Monnier* und Dr. *Toit*, nicht mehr vorkam, trotz des Fortschreitens der Wissenschaft und der erhöhten Bedeutung, welche der Paralysefrage in der französischen Literatur von jeher beigemessen wurde. Auch ich war nicht imstande, mit den gewöhnlichen Mitteln in Aix sicher eine Paralyse zu diagnostizieren. Erst die serodiagnostische Untersuchung gab mir in einem Fall eine gewisse Klarheit.

Meine eigenen Untersuchungen der Kranken in Aix ergaben kurz die nachstehenden Resultate:

I. Über die Kranke, bei der sich mein Verdacht auf Paralyse durch die serologische Untersuchung bestätigt erwies, konnte ich folgendes in Erfahrung bringen:

T.... b.... Mohammed, ledig, ohne Beruf (Prostituierte und Bettlerin), geboren und wohnhaft in Algier, ca. 35 Jahre alt, wurde am 14. Oktober 1908 in das Spital zu Mustapha Supérieur gebracht. Nach dem Zeugnis des dortigen Arztes (Dr. *Crespin*) litt sie an „Demenz, wahrscheinlich alten Ursprungs und von vielfacher neuropathischer Belastung herrührend (provenant de tares névropathiques multiples)“. Seit 1 Monat hat sich bei ihr an Stelle von zusammenhanglosen Reden eine maniakalische Erregung eingestellt, und heute ist es unmöglich, noch irgendwelche Logik in ihrer Denkweise zu entdecken.“ Die Kranke wurde daher am 23. Oktober 1908 in die Irrenabteilung des Spitals zu Mustapha supérieur (Salle Pinel) versetzt. Nach den dortigen Aufzeichnungen war über die Ursachen der Krankheit nichts bekannt. Sie dauerte (nach dem Polizeibericht) schon etwa 1 Jahr. Sie stellte den ersten Anfall dar und verlief kontinuierlich. Die Symptome waren: Zusammenhanglosigkeit (incohérence) des Handelns und Sprechens. Mangelhafte Orientierung in Zeit, Ort und bezüglich ihrer Umgebung, Erregung. Ohne Unterlaß in Bewegung. Trieb, zu entweichen. Zerbricht, zerstört, zerreißt alles, was sie erwischen kann. Zieht sich nackt aus. Verlust des Schamgefühls. Läßt unter sich gehen. Schlafstörung. Nächtliches Aufschreien. Da keine Aussicht auf Besserung bestand, wurde die Kranke mit der Diagnose „Demenz mit maniakalischer Erregung“ am 3. Januar 1909 nach der Irrenanstalt zu Aix-en-Provence überführt. Hier war sie vom 4. Januar 1909 ab zunächst ebenfalls maniakalisch erregt, so sehr, daß man ihr die Zwangsjacke anlegen mußte. Sie hielt sich sehr nachlässig. Etwas abnormes (Asymmetrie, Degenerationszeichen usw.) war an Schädel und Gesicht nicht zu finden. „Keine Ungleichheit der Pupillen.“ Erregung, manchmal gefolgt von tagelanger intensiver Depression mit vorüber-







gehender Nahrungverweigerung. Sie äußerte nie Selbstmordideen, bearbeitete aber öfter ihr Gesicht mit ihren Fäusten, so daß man ihr oft die Arme festbinden oder sie in die Zwangsjacke stecken mußte. Am 10. Januar erschien sie weniger erregt. Am 15. Januar wurde notiert: Immer noch inkohärent. Bearbeitet sich das Gesicht mit Stößen. Ißt gut. 1. Februar 1909: Antwortet nicht auf die Fragen, die man an sie stellt. Während des Monats April hatte sie zwei konvulsivische Anfälle, die man für epileptische hielt. (In den Monaten Mai und Juni keine Anfälle mehr.) Meine wiederholte Untersuchung an der Kranken Mitte Juni 1909 ergab ziemlich gut erhaltene Schmerzempfindlichkeit und etwas erhöhte Patellar-Sehnenreflexe. Die rechte Pupille war sehr eng und reagierte reflektorisch auf Licht fast gar nicht. Die linke Pupille war weiter als die rechte und reagierte noch etwas. Mittlerer Romberg.

In psychischer Beziehung war sie zugänglich und ließ alles mit sich geschehen und schaute den Untersucher blöde an. Ihre Auffassung war sehr mangelhaft und daher über Orientierung usw. nichts zu erfahren. Auf Fragen antwortete sie immer nur: „Ma mère elle s'appelle Félice." Ihre Mutter habe sie ganz allein in Algier gelassen. „Jetzt kümmere ich mich nicht mehr um sie." Einmal sagte sie auf die Frage, wo sie zuletzt sich aufgehalten habe: „Vorher war ich im Bordell."

Eine deutliche charakteristische Sprachstörung konnte, mangels genügender und beschleunigter sprachlicher Äußerungen überhaupt, nicht festgestellt werden. Die Zunge zitterte leicht fibrillär beim Herausstrecken. *Wassermann*sche Reaktion in Blut und Spinalflüssigkeit positiv.

II. Einen ähnlichen, wenn auch nicht gleichen Eindruck wie die T.... b.... Mohammed machte auf mich die Kranke H.... T.... ben S...., weshalb ich ihr auch Blut und Spinalflüssigkeit entnahm. Sie zeigte zur Zeit meiner Untersuchung starke Hypalgesie, stark erhöhte Kniesehnenreflexe, weite, schwach auf Lichteinfall reagierende Pupillen. Sie war unreinlich, ließ sich leiten, weinte viel, sagte aber auf alles nur: „Ja", so daß das Verhalten der Sprache nicht festzustellen war. Die Untersuchung von Blut und Spinalflüssigkeit auf *Wassermann* ergab ein negatives Resultat. Die Diagnose der Dementia praecox, die Dr. *Scherb* bereits in Mustapha supérieur stellte, wird somit wohl zu Recht bestehen. Über die Kranke wissen wir folgendes: Sie war Hausfrau, 26 Jahre alt und wurde am 25. Mai 1907 wegen Erregung und zweier Suizidversuche ins Krankenhaus Mustapha supérieur eingeliefert.

Dr. *Scherb* schrieb: Leidet seit 1 Monat, ziemlich rasch, an einem Syndrom, in dem eine sehr klare Demenz prädominiert. Maniakalische Erregung. Zieht sich ganz nackt aus, zerreißt alle ihre Kleider, will schlagen und kann gefährlich werden. Dementia praecox, gemischte Form, bald hebephren, bald katatonisch. In Salle Pinel wurde dann konstatiert: Abwechseln von Stuporzuständen mit Mutazismus und heftigen Erregungen, in denen sie zerbricht, zerreißt. Manchmal ängstlich.

Liegt bisweilen umher, sucht zu stehlen. Unrein. Abmagerung. Gestörter Schlaf. Dementia praecox mit einigen Wutanfällen und Impulsivitäten.

Am 19. Juni 1907 kam sie nach Aix-en-Provence. Hier zeigte sie sich seit ihrer Ankunft erregt und ungeordnet, antwortete nie auf Fragen, hatte Hang zum Alleinsein, lachte anfallweise für sich allein und beschäftigte sich nicht. Am 26. November 1907 wurde notiert: Seit einigen Tagen merklich geordneter und beschäftigt sich etwas mit Nähen. Aber sie weigert sich, oder fast ganz, zu sprechen, und antwortet nur mit Lachausbrüchen. 19. August 1907: Geht beständig ins Schlafzimmer, um die Betten in Unordnung zu bringen und zu stehlen. 4. Oktober 1907: Lachanfälle, wahrscheinlich durch Halluzinationen verursacht. 24. Juni 1907: Zerreißt Kleider, beschäftigt sich nicht, hat Lachanfälle ohne Motiv. 17. Oktober 1908: Apathisch, indifferent, beschäftigt sich nicht, fragt nie nach der Familie.

III. Bei einem periodischen Maniakus (B . . . . s) fand ich in der Krankengeschichte die auffallende Notiz: „Aufgehobene Patellar-Sehnenreflexe". Allein bei Nachprüfung waren diese Reflexe in normaler Weise vorhanden. Die Pupillen waren ziemlich weit, gleich, und spielten bei dem 55 jährigen Manne, wenn auch nicht sehr ausgiebig und sehr rasch, so doch deutlich. Arabische Paradigmata wurden ohne Störung nachgesprochen, das Gedächtnis war gut. Syphilis, Schanker habe er vor etwa 15—16 Jahren durchgemacht. Dagegen sprach nichts für Paralyse, schon der Verlauf vielmehr dagegen. Der Kranke hatte schon vor 14 Jahren einen ähnlichen Anfall gehabt und war in Aix interniert gewesen, vor 6 Jahren einen weiteren, der in der Irrenanstalt Pierrefeu heilte. Diesmal befand er sich wegen Diebstahls im Gefängnis und wurde auf das Gutachten Dr. *Raynauds* hin der Irrenabteilung des Spitals zu Mustapha supérieur übergeben. Das psychotische Bild war das einer reizbaren gewalttätigen Manie.

IV. Die schlaffen Gesichtszüge und die völlige Analgesie des kranken Ex-Tirailleurs B . . . f, der mir von Dr. *Scherb* als Paralytiker bezeichnet und zur Weiterverfolgung empfohlen worden war (er hatte träge Pupillen-Reaktion und reichliche Lymphocytose bei der Lumbalpunktion gefunden), brachten mich auf die Vermutung, es könnte sich hier wirklich um eine Paralyse handeln. Allein der Kranke zeigte keine Reflexstörungen (Pupillen-, Patellar-Sehnenreflexe). Auch die Sprache war nicht gestört und gut artikuliert, wenn er auch sehr langsam sprach und die Empfindung haben wollte, als ob die Zunge etwas schwer sei. Seine Antworten waren oft ganz unzutreffend, auffallend ausweichend, manchmal ohne Sinn. Auf die Frage, wo sind Sie geboren? antwortete er beispielweise: „Ich wohne im Himmel". Vielfach murmelte er bloß. Sein ganzes Wesen war auffallend stumpf und interesselos. Er war bereits 3 Jahre lang in Aix und schon 3 Jahre lang krank, ehe er dorthin kam. Die Unter-





suchung des Blut-Serums auf die *Wassermann*sche Reaktion hin ergab negativen Befund. Nach dem ganzen Verlauf und auf Grund meiner eigenen Untersuchungen kann ich diesen Kranken somit nicht für einen Paralytiker halten, sondern muß ihn vielmehr in die in Aix so reichlich vertretene Gruppe der hebephrenen Verblödungsprozesse einrechnen.

V. Auch bei einem zweiten Kranken (B.... H.... bel H.... ben L....) hatte ich Gelegenheit, die in Algier gestellte Diagnose der „allgemeinen Paralyse“ auf ihre Richtigkeit nachzuprüfen. Es handelt sich um einen vom Militärdienst wegen Geistesstörung, d. h. wegen „Geistesstörung mit dem Merkmale der Demenz und der allgemeinen Paralyse“ entlassenen Tirailleur. Auch der Leiter der Irrenabteilung zu Mustapha supérieur hatte sich geäußert: „Es ist ein unreiner Dementer oder ein schon in der zweiten Periode befindlicher Paralytiker“ (paralytique général).

Am 15. August 1905 im 24. Altersjahr wurde er nach Aix überführt, wo ich ihn 3½ Jahre später sah. Hier benahm er sich stets wie ein klassischer Katatoniker. Er war völlig verwahrlost, blieb tagelang stehen oder liegen, wo man ihn gerade hingestellt hatte, war unrein, aß nur, wenn man ihm was brachte, und dann mit einer gewissen Gefräßigkeit, sprach und antwortete nicht. Fast immer widerstrebte er der Aufforderung zu gehen, verstand aber doch die an ihn gerichteten Befehle oder Fragen. Ich traf ihn ganz steif dastehend mit zugekniffenen Augen an die Wand gelehnt, die Jacke übers Gesicht gezogen, die rechte Hand über die rechte Schläfe und das rechte Auge haltend. Er hörte, wie man ihn ansprach, und auf energische Aufforderung schlich er sich zu einem Stuhle hin, ohne mich und die Umstehenden anzusehen. Die Sehnenreflexe erwiesen sich als normal, die Pupillen reagierten gut auf Lichteinfall. Nach vollendeter Prüfung schlich sich der Kranke wieder und ohne von seiner stereotypen Haltung abzulassen wie eine Katze knickebeinig hinaus ins Freie. In diesem Stupor war er fast stets. Er sprach nicht, spazierte nicht. Nur ab und zu, wenn der Arzt kam, stieß er „unverständliche, immer gleiche Schreie aus“.

Für 2 männliche Fälle, die fälschlich für Paralysen gehalten worden waren, hatte sich also als Ersatz nur eine weibliche Paralyse gefunden.

Weitaus am stärksten vertreten in Aix ist die Dementia praecox (39% des Bestandes der Frauen, 46% bei den Männern). Dann folgt bei den Frauen an Häufigkeit das man.-depress. Irresein (17%) und die Epilepsie (17%), bei den Männern die Epilepsie (12,9%). Die Idiotie zählte bei den Frauen 8,6%, bei den Männern 4,3%.

Das Weitere ist aus der Tabelle A ersichtlich (siehe S. 700). Schwer zu rubrizieren war das Leiden bei 14 männlichen Individuen. Doch



dürfte es sich bei 4 unter diesen Kranken um weitere Fälle von Dementia praecox handeln, und bei den übrigen kommt Paralyse, wie auch sonst nirgends außer in dem erwähnten weiblichen Falle, nicht in Betracht. Alle Kranken untersuchte ich persönlich mit allen verfügbaren Mitteln speziell auf Paralyse hin.

Das enorme Überwiegen der Dementia praecox in Aix stellt, ebenso wie die Häufigkeit der Dementia praecox in gewissen europäischen Pflegeanstalten, selbstverständlich kein getreues Spiegelbild ihres verhältnismäßigen Vorkommens im Lande draußen dar. Denn erstens sammeln sich die Träger dieser mit infauster Prognose behafteten Krankheit in der Irrenanstalt an, während die Heilbaren wieder entlassen werden, zweitens sind es Akte der Gewalt oder sozialer Belästigung usw., welche vornehmlich zur Internierung geisteskranker Eingeborener führen, und welche mit Vorliebe eben gerade bei den in ihren sittlichen Gefühlen und Hemmungen schwer geschädigten impulsiven Hebephrenen angetroffen werden. Man kann wohl sagen, daß Aix nur diesem einen, wohl ursprünglichen Zwecke aller Irrenanstalten dient, nämlich dem, in hohem Grade gemeingefährliche Geisteskranke zu verwahren. Die Internierung wegen Mordes (nach vorangegangener Exkulpierung durch einen gerichtlichen Sachverständigen) ist ganz gewöhnlich. Nur ganz ausnahmweise bringen die Verwandten einen Angehörigen mit Selbstmordneigung; fast nie kommen sie, lediglich um Heilung zu suchen. Auch sind es naturgemäß fast nur die schwersten und länger dauernden oder kurz hintereinander rezidivierenden Geistesstörungen, welche nach Aix kommen. Die transitorischen Psychosen behandelt man zu Hause, oder sie werden, falls sie in einem algerischen Spital Unterkunft fanden, vor der Überführung nach Aix nach Hause abgeholt.

Die genannten Formen der Geistesstörung bieten in ihrer Symptomatologie nichts Abweichendes von denen der weißen Bevölkerung. Nur macht sich beim hebephrenen oder sonstwie chronisch geistesgestörten Araber und Kabylen noch mehr wie anderswo der grenzenlose fatalistische Hang zu Faulheit und Schmutz geltend, und es hat, da Arbeitstherapie nicht eingeführt ist, die pathologische Neigung zu Tics, Manieren, Haltungs- und Bewegungs-Stereotypien, negativistischen Zuständen usw. hier zu den schönsten Kunstblüten geführt, wie man sie selbst in einer alten, schlecht geleiteten Irrenanstalt

Tabelle A.

| Frauen | Anzahl der Fälle | % | Männer | Anzahl der Fälle | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Dem. praecox. . . . . . | 9 | 39,0 | Dem. praecox. . . . . . . . . . . . | 43 | 46,2 |
| Man.-depress. . . . . . . | 4 | 17,3 | Man.-depress. . . . . . . . . . . . | 9 | 9,6 |
| Epilepsie . . . . . . . . . . | 4 | 17,3 | Epilepsie. . . . . . . . . . . . . . . . | 12 | 12,9 |
| Idiotie und Erregung | 2 | 8,65 | Idiotie . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 4 | 4,3 |
| Alkoholpsychose . . . | 1 | 4,3 | Alkoholpsychosen. . . . . . . . | 3 | 3,2 |
| Paralyse . . . . . . . . . . . | 1 | 4,3 | Paralyse . . . . . . . . . . . . . . . . | — | — |
| Organische Psychose | 1 | 4,3 | Dementia paranoïdes. . . . . | 1 | 1,07 |
| Fraglich . . . . . . . . . . . | 1 | 4,3 | Fragliche Dem. praecox. . | 1 | 1,07 |
| Summa | 23 | | Dem. praecox. oder man.-depress. . . . . . . . . . . . . . | 1 | 1,07 |
| | | | Vielleicht Dem. praecox. . | 1 | 1,07 |
| | | | Degenerierte . . . . . . . . . . . . | 2 | 2,15 |
| | | | Senile Störungen . . . . . . . . | 2 | 2,15 |
| | | | Nicht sicher bestimmbar, | 14 | 15,0 |
| | | | worunter aber wahrscheinlich kataton. Verblödungsprozesse. . . . . . . . . | (4) | |
| | | | Katat. oder hyster. Stupor. | (1) | |
| | | | Religiöse Verrücktheit. . . . | (1) | |
| | | | Epileptiker oder Degenerierter . . . . . . . . . . . . . . . . | (1) | |
| | | | Manie oder Hebephrenie. . | (1) | |
| | | | Degenerierter oder Dem. praecox. . . . . . . . . . . . . . | (1) | |
| | | | Verfolgungswahn im 4. Lebensjahrzehnt ohne katatonische Zeichen . . | (1) | |
| | | | Summa | 93 | |

schöner kaum sehen dürfte. Schließlich sind die geringe Einschätzung des menschlichen Einzellebens, die mißtrauische Haltung gegenüber dem Rumi und speziell dem Franzosen, die Sucht zu lügen und zu stehlen, der meditative Zug im ganzen Verhalten Rassenmerkmale, welche auch den Kranken ihren besonderen Stempel aufprägen.

Ein Punkt in der Symptomatologie erweckt noch unser besonderes Interesse. Es ist wohl auch schon vermutet worden, daß die progressive Paralyse deshalb so selten gefunden werde, weil der Araber





hauptsächlich an einer Form von Paralyse erkranke, welche nicht zu Gemeingefährlichkeit führe, an der dementen Form der Paralyse.

*Marie* bzw. sein Gewährsmann *Warnock* hat dies z. B. von den Paralysen der ägyptischen Eingeborenen behauptet. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß gerade die von mir gefundenen 2 Paralysen beide, obwohl man sie demente Formen nennen könnte, zeitweise sich höchst gemeingefährlich benahmen. Der eine Fall wurde interniert, der andere, viel gefährlichere, nicht. Hier spielen Zufälligkeiten mit hinein. Auch die weiter oben erwähnten, von französischen Kollegen beobachteten Paralysen hatten zum Teil gefährliche oder bedrohliche Handlungen begangen. Es wäre aber gewiß ungeheuerlich, wollte man das Fehlen der sehr hohen erwartungmäßigen (hohe Syphilisziffer!) Paralyseziffer nur auf solche Zufälligkeiten und auf das Vorhandensein einer stets harmlosen und daher von den Verwandten im Verborgenen gehegten und gepflegten dementen Form der Paralyse stützen. Auf dem Lande, wo Wohnungsdichte, Alkoholgenuß, Versuchungen aller Art und die Reibungen des Verkehrs nur gering sind, läßt es sich wohl denken und ist es auch wohl bekannt, daß dieser oder jener Troddel oder Geisteskranke umherläuft, geduldet oder verpflegt wird. Allein in den Städten ist dies nicht der Fall. Sie sind der Sammelpunkt für Nerven- und Geisteskranke, und wenn irgendwo, so müßten sich dort auch die Spätopfer der Syphilis bemerkbar machen, sei es im Heer der Invaliden, der Bettler, Vagabunden, Ruhestörer oder anderer Delinquenten, sei es in der besser situierten einheimischen Bevölkerung als hilfebedürftige arme Kranke, denen man die Wohltaten der fremden ärztlichen Kunst zuzuwenden sich verpflichtet fühlt.

Soweit die tatsächlichen Ergebnisse meiner Untersuchungen in Algier.

Wie ist nun aber das seltene Vorkommen der Paralyse trotz häufiger Syphilis bei den Eingeborenen zu erklären?

Darüber wissen wir leider noch nichts Positives, und im folgenden sei nur ein bescheidener Versuch der Erklärung gegeben.

Es gibt Forscher, für welche die Syphilis-Paralyse-Frage kein Problem ist. Ihnen ist die Frage mit der Antwort abgetan: Wie die Tuberkulose und viele anderen Krankheiten sich in der verschieden-



sten Art und Weise lokalisieren können (Darm-, Lungen-, Hirnhaut-Tuberkulose usw.), so auch die Syphilis.

Ist die syphilitische Natur der Paralyse, sagen sie, direkt auch noch nicht erwiesen, so kann sie doch als eigenartige, indirekte Folge der Syphilis, eben als metasyphilitische Lokalisation aufgefaßt werden.

Diese Genügsamkeit in ätiologischen Dingen ist nicht zu billigen. Es ist ja freilich einfach, zu sagen, Syphilis kann eben alles machen. Eine alte Schule sagt das bekanntlich ja auch von der „Vererbung". Aber hier wie dort handelt es sich im Interesse der Beherrschbarkeit unserer Lebensbedingungen darum, darzutun, inwiefern ein gegebenes Phänomen die Ursache eines anderen sein muß bzw. nicht sein kann. Es wird doch wohl jedem einleuchten, daß es seine besonderen, wichtigen Gründe haben muß, wenn beispielweise eine Gonorrhoe zu Herzerkrankung führte, Gründe, die mit der Gonorrhoe an und für sich, wie sie sich in der Regel präsentiert, gewiß nichts zu tun haben. Würden die Herzstörungen zur Gonorrhoe bezüglich der Häufigkeit im Verhältnis der Paralyse zur Syphilis stehen, so hätte man gewiß auch alle Ursache, nach den speziellen Umständen und Bedingungen zu forschen, die zu dieser biologisch so hochbedeutsamen Lokalisation zu führen pflegen.

Nun führt aber bei uns Syphilis verhältnismäßig häufig zu Paralyse. Allein eine Krankheit, die bei uns Hekatomben von Opfern fordert, bei gewissen Naturvölkern aber nur als Ausnahme vorkommt und von unseren Syphilitikern ebenfalls doch nur etwa 1—3% ergreift, muß, außer der Syphilis eben deshalb noch besondere Ursachen haben, ohne die es bei der bloßen syphilitischen Durchseuchung bliebe.

Auch *Fournier* selbst scheint nichts Besonderes darin zu finden, von vornherein auf jeden Erklärungsversuch zu verzichten.

Er meint (S. 11), fast die Gesamtheit seiner Kranken hätte die Paralyse, ohne daß wir das Warum sagen könnten. „Übrigens ist das nichts Besonderes. Es ist ebenso mit der großen Majorität der Symptome der Syphilis. So wäre ich sehr verlegen, wenn ich den Schatten eines Grundes angeben sollte, um die so eigentümliche Prädilektion der Syphilis für die Hand- und Fußfläche oder auch des Gummi für das Gaumensegel zu erklären.

Auch wäre ich genau so verlegen, in der Mehrzahl der Fälle einen Grund für den Phagedänismus aufzufinden. Und so weiter."

Wir dürfen diese ätiologische Genügsamkeit aber nicht mitmachen, am allerwenigsten bei der Paralyse.





Wir müssen im Gegenteil betonen, daß, wenn man diese Dinge alle von vornherein für nicht selbstverständlich ansieht, sie überhaupt erst zu einer Menge wichtiger und interessanter Fragestellungen führen. Die Bescheidenheit mag für den Kliniker noch eher am Platze sein, der in erster Linie fragt, was kommt da an Symptomen alles vor, was nicht. Für alle Biologen und Ätiologen aber fängt die Fragestellung bei den so mannigfaltigen Wirkungen einer scheinbar gleichen Ursache erst recht an.

Ich habe schon der Ansicht Ausdruck gegeben, daß, trotzdem dies immer wieder behauptet wird, die Seltenheit der Paralyse bei den Eingeborenen nicht auf ärztlichen Beobachtungfehlern beruhen kann, und daß, wo solche vorlagen, sie im Gegenteil in einem Sinne begangen wurden, daß dadurch die Zahl der Paralysefälle noch weiter eingeschränkt wurde.

Auch der Ansicht, daß eingeborene Paralytiker vom Arzt nicht gesehen werden, weil sie im öffentlichen Leben nicht störend werden, konnte ich nicht beipflichten.

Möglich wäre an und für sich, daß die Paralyse bei den Eingebornen seltener ist, weil die entsprechenden Alterstufen nicht so stark vertreten sind wie bei uns. Allein in Ermangelung einer genauen Statistik besitzen wir dafür keine bestimmten Beweise. So viel ist jedoch sicher, daß eventuelle Verschiedenheiten in der Alterszusammensetzung bei weitem nicht die enorme Verschiedenheit in der Paralysenfrequenz zu erklären vermöchten.

Die gewichtigsten Tatsachen-Einwände gegen die Seltenheit der Paralyse bei Völkern niederer Stufe, insbesondere bei „Arabern", hat meines Wissens *A. Marie* (Villejuif) beigebracht.

Ihm wurden durch den ärztlichen Leiter Dr. *Warnock*[1]) in der Irrenanstalt zu Abassieh bei Kairo, in der 600 Betten stets besetzt sind (ca. 550 Aufnahmen im Jahre) unter den Arabern im Jahre 1901: 25 Paralytiker (22 syphilitisch), 1904: 35 Paralytiker (23 syphilitisch) namhaft gemacht, und *Marie*, der, ohne zu sagen, wie viele Araber er selbst untersuchte, nur von den großen Schwierigkeiten spricht, die sich ihm bei der persönlichen Untersuchung der Araber auf Paralyse hin entgegenstellten, kommt auf Grund der ihm mitgeteilten Erfahrungen des Asyls zum Schluß[1]):

[1]) *Marie, A.* Bulletin de l'Acad. d. Médec. 1906, Nr. 22, Seite 593.



„Die allgemeine Paralyse ist häufig bei den Arabern in Ägyypten; die Proportion der Syphilitischen unter den paralytischen Arabern erscheint bemerkenswert stärker als unter den anderen Geisteskranken dieses Landes.“ Und in „Syphilis“, Bd. IV schließt er einen Aufsatz mit den Worten:

„Immerhin kommt die Paralyse häufig vor bei den arabischen Völkerschaften mit gewissen Milieubedingungen (de certains milieux) nicht zum wenigsten syphilitischen, im Verein übrigens mit dem Alkoholismus und dem ermüdenden Leben der Städte. Das ist alles, was ich zeigen wollte.“

Diese Behauptung für Ägypten ist nicht leicht mit den Befunden in Algier und Tunis in Einklang zu bringen. *Marie* sagt aber selbst, es liege ihm durchaus fern, zu bestreiten, was Dr. *Meilhon* für Algerien, Dr. *Sovy* für Tunesien, nämlich die große Seltenheit der Paralyse, gefunden hätten.

Die Unterschiede könnten auf Orts- und Beobachtungsverschiedenheiten beruhen, und es wäre nach *Marie* möglich, daß die Araber Algeriens und Tunesiens der Beobachtung ein ebenso starkes Kontingent Paralytiker darböten wie in Ägypten, vom Tage an, wo man eine Irrenanstalt an Ort und Stelle errichtete.

Ich kann dieser Argumentation nicht beipflichten.

*Marie* geht zu sehr von der Voraussetzung aus, daß die Paralyse überall in derselben Proportion vorkommen müsse, und daß der positive Befund allein beweisend sei. Demgegenüber kann ich nur auf die Resultate der geographischen Medizin, speziell der rassenvergleichenden Psychiatrie, verweisen. In der Tat ist das Material, das sich zur Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit der Paralyse bei verschiedenen Rassen und Völkern bereits aufgesammelt hat, kein geringes.

Fehlen oder große Seltenheit der Paralyse trotz sehr großer Verbreitung der Syphilis wurde konstatiert für die Araber Algiers und Tunesiens, die Abessinier, die Südsee-Insulaner, die Indianer, die unkultivierten, heimständigen Negerstämme, die Javaner und viele andere malayische Völker, die Koreaner, die Japaner, die Chinesen, die Birmaner, die Kochinchinesen, die Eingeborenen Singapores, die Eingebornen der Malabarküste (Hindu und Mappila), die Eingeborenen Sibiriens, Zentralasiens, die meisten Völker Rußlands und Sibiriens, besonders die Eingeborenen Zentralasiens, die Bewohner des franzö-



sischen Departements de l'Orne, die agrarische Bevölkerung in Irland und in Kanada, die Bosniaken, Herzegowiner, Türken, Griechen, Spanier, Portugiesen, Sizilianer, Rumänen (niedere Stände), Isländer.

Ich will zwar zugeben, daß nicht immer kompetente Beurteiler beim Zustandekommen dieser Resultate mitgewirkt haben mögen, und daß man noch nicht vom Fehlen der Paralyse mit derselben Sicherheit sprechen kann, wie etwa vom Fehlen des Gelben Fiebers in einer bestimmten Gegend. Wo Syphilis vorhanden ist, muß man stets auch das Vorkommen der Paralyse vermuten. Allein es ist doch von so zahlreichen glaubwürdigen und sachverständigen Autoren die Tatsache der Seltenheit der Paralyse, besonders auch im Vergleich zur Häufigkeit der Syphilis, in Algier und bei den meisten der obengenannten Völker betont worden, daß berechtigte Zweifel an der Tatsache selbst hier kaum mehr erhoben werden können.

Auch die in späterer Zukunft eventuell sich statistisch vermehrende Zahl der Paralysen würde an diesem Stand der Dinge nichts zu ändern vermögen, da alles dafür spricht, daß bei den weiteren Fortschritten der Kultur die Paralyse auch in Algier faktisch sich vermehren wird.

Wird doch von glaubwürdiger Seite versichert, daß in Japan und bei den Negern Nordamerikas die Paralyse in der Zunahme begriffen ist, und daß sie früher dort überhaupt fehlte. Und ist es doch auch für Europa in höchstem Maße beachtenswert, daß uns aus dem Mittelalter, das doch eine so erschreckende Ausbreitung der Syphilis sah, jegliche Berichte über eine Krankheit, die man als Paralyse auffassen könnte, fehlen.

Wie die Unterschiede speziell zwischen Algier und Ägypten zu erklären sind, ist eine andere Frage. Unter „Araber“ verstehen die Franzosen sehr verschiedene Rassen und Rassenmischungen, wenn sie nur arabisch sprechen. Was *Marie* unter „Araber“ versteht, definiert er nicht. Ich kann nur soviel sagen, daß jedenfalls die Typen, die *Marie* in seinen 2 Aufsätzen: „Folies pellagreuses des Arabes“ und „Note sur la folie haschichique, apropos de quelques Arabes aliénés par le haschich“ — abbildet, von den Arabern reinen Blutes, den Kabylen, den Mozabiten, den Mauren und den Rassenmischlingen, die ich in Algerien sah, zum größten Teil sehr verschieden sind. Auch sonst wissen wir aus der Geschichte und aus anthropologischen Untersuchungen, daß in Ägypten eine andere Hauptrasse

vorhanden ist (Fellachen) als in Algier (Kabylen), und daß Ägypten einen starken Neger-Einschlag und Einschläge anderer fremder Rassen erhalten hat, und daß es diesen Einflüssen schon viel längere Zeit unterworfen war, als das gebirgige Marokko, Algier und Tunis. Schließlich wissen wir, daß diese Völker in wichtigen Eigenschaften auseinandergehen, daß sie um so kriegerischer und gefährlicher werden, je weiter man nach Westen (Marokko), um so schlaffer und kriegerisch untüchtiger, je weiter man nach Osten (Ägypten) geht, und daß schließlich, was für uns besonders wichtig erscheint, die Kulturdurchsetzung nach Intensität, Extensität und geschichtlicher Dauer um so erheblicher ist, je weiter wir von Westen nach Osten wandern. Die Kulturdurchdringung mit allem, was drum und dran hängt, in gutem wie in schlechtem Sinne, ist zweifellos in Ägypten am weitesten, hier weiter wie in Tunis, da weiter wie in Algier, am wenigsten in Marokko vorgeschritten. „Intellektuelle" gibt es z. B. unter den Eingeborenen in Ägypten eine große Zahl, in Algier nur ganz vereinzelte. Auch *Marie* spricht von einem Häufigsein der Paralyse in einem „Milieu des Alkoholismus und des ermüdenden Städtelebens". Zählen wir dazu die mit Vorschreiten der Kultur durch Züchtungs- und Ausmerz-Störungen gesetzten Dispositionschwächen, so erscheinen die Anschauungen *Maries* mit den unsrigen trotz abweichender Befunde in den verschiedenen Ländern nicht unvereinbar.

Auch hier erklären uns t a t s ä c h l i c h e Unterschiede im Kulturzustande von Völkern das Problem besser als die nivellierende Anschauung von der Ubiquität und gleichartigen Verbreitung der Paralyse allüberall, für die, wenn dies überhaupt möglich, die reellen Unterlagen erst noch beizuschaffen wären.

Ich kann bei der Verwickeltheit des Problems natürlich nicht glauben, daß, wenn wir uns alle über die Paralyse bekannt gewordenen Tatsachen vor Augen führen, jetzt schon auf die Frage: „Wie erklärt sich die Seltenheit der Paralyse bei den Eingeborenen?" eine befriedigende, präzise Antwort gegeben werden kann in dem Sinne, daß wir die s p e z i e l l e n F a k t o r e n greifbar herauszuschälen in der Lage wären, welche u n e r l ä ß l i c h i n j e d e m F a l l e z u r S y p h i l i s h i n z u k o m m e n m ü s s e n, um später zur Paralyse zu führen.

Soviel dürfte dagegen unbestreitbar aus den vergleichenden Untersuchungen an hochzivilisierten und primitiven Völkern hervor-



gehen, daß jener Faktor oder jene speziellen Faktoren in dem, was wir Kultur oder Zivilisation nennen, enthalten sein müssen.

Ich vermute, sie bestehen zunächst — ganz allgemein gesprochen — in einer durch den Kulturvorgang bedingten Störung der natürlichen Ausmerze in dem Sinne, daß die Kultur in einseitiger Weise das Zentralnervensystem, namentlich auch zahllose pathologische Varianten desselben hochzüchtet und anstrengt, aber gerade deshalb es auch der natürlichen Widerstandskraft gegen Anfälligkeiten aller Arten beraubt. Sie bestehen vielleicht ferner in Störungen der naturgemäßen Gewebsernährung und in Vergiftungen, an denen unser Kulturleben ja so reich ist, und in einer überstarken, einseitigen Inanspruchnahme der nervösen Organe. All dies schafft zweifellos Vorbedingungen, die das Gehirn des „Zivilisierten" ganz besonders zu einem Locus minoris resistentiae für Erkrankungen machen.

Jedenfalls glaube ich, muß man sich der allgemeinen, von *Kraepelin* in der neuesten Auflage seines Lehrbuches gewählten Fassung unbedingt anschließen, nach welcher zweifellos „die Kulturrassen Schutzeinrichtungen verloren haben, die bei Naturvölkern die Entwicklung der Paralyse aus der Lues erschweren".

In diesem Zusammenhange ist vielleicht auch die von den Franzosen hartnäckig behauptete und von *Kraepelin* hervorgehobene Rolle des Alkohols zu begreifen. *Kraepelin* meint, daß der Alkohol unzweifelhaft die Gefahr erhöhe, paralytisch zu erkranken. Die großen Unterschiede in der Beteiligung der Frauen an der Paralyse in verschiedenen Ländern dürften nach ihm damit in einem gewissen Zusammenhang stehen.

Bei den Franzosen wurzelt dieser Gedanke schon lange so fest, daß sie sich den Vorwurf zugezogen haben, sich einer einfachen, einheitlich ätiologischen Auffassung der Paralyse zu verschließen. Das Gleiche gilt für die große Bedeutung, die der Franzose der geistigen oder nervösen Überanstrengung beim Zustandekommen der Paralyse beimißt. Die wenigsten französischen Kollegen waren darauf gefaßt, wie ich ihnen die juvenile Paralyse nannte als eine Paralyse, bei der weder der Alkohol, noch die geistige Überanstrengung, soweit wir wissen, jene Rolle spielen dürfte, die sie diesen Faktoren beim Erwachsenen zuschreiben. In der Tat sind wir in gewissem Sinne zu

einer Doppelätiologie für Erwachsenen-Paralyse einerseits, für Kinder-Paralyse andererseits gezwungen, wenn wir dem Alkohol und der geistigen Überanstrengung beim Erwachsenen eine wesentliche Rolle in der Paralyse-Genese einräumen. Welche Rolle diese Faktoren spielen dürften, werden wir unten erörtern.

Der Boden einer einheitlichen Ätiologie für Erwachsenen- wie Kinder-Paralysen wird meiner Ansicht nach nicht verlassen, wenn wir für den Ausbruch der Krankheit ganz allgemein eine anerzeugte oder erworbene, aber immer gleiche Disposition postulieren, zu der die Syphilis hinzutreten muß, damit Paralyse entsteht. Bei der Entscheidung, worin diese Disposition im Speziellen beruht, sind wir vorläufig freilich nur auf Vermutungen angewiesen.

Ist es eine eigenartige Schwäche im Gefäßsystem? Oder eine primäre Widerstandschwäche des Zentralnervensystems oder die besondere Syphilisanfälligkeit eines oder mehrerer Organe oder Gewebe, welche das Gleichgewicht im Stoffwechsel aufrecht erhalten, und deren Erkrankung die Überschwemmung des Zentralnervensystems mit Giften und von einem bestimmten Zeitpunkte an seine progressive, in kurzer Zeit zum Tode führende Zerstörung bewirkt? Oder ist es, woran wir besonders denken müssen, die Unfähigkeit des Gesamtorganismus, gleich von Anbeginn an der Syphilis mit der nötigen Energie und reaktiven Abwehr entgegenzutreten?

Oder müssen einige dieser Faktoren zusammenkommen, damit das typische Bild der Paralyse entsteht?

Mit der Annahme einer Schwäche im Gefäßsystem sowohl wie auch der Störung des Stoffwechselgleichgewichtes und einer besondern Anfälligkeit des Nervensystems sowie des Mangels einer gehörigen antiinfektiösen Reaktion wären die biologischen Verhältnisse bei den Arabern und Kabylen nicht unvereinbar.

Die Sterblichkeit ist, bei sehr hoher Geburtenziffer, trotz natürlicher Kinderernährung namentlich in der Jugend unter den Eingebornen eine bedeutende. Der fast völlige Mangel einer wirksamen ärztlichen Tätigkeit läßt die allgemein schwachen, instinktflauen Konstitutionen zugrunde gehen und nur die verhältnismäßig gut ausgerüsteten Naturen überleben, ins zeugungfähige Alter eintreten und zu einer erheblichen Nachkommenschaft gelangen. So trifft die Syphilis auf einen bezüglich konstitutioneller Schwächen der lebens-



wichtigen Organe schlecht vorbereiteten Boden, auf einen Boden, der an rascheste und ausgiebigste Schutzstofferzeugung gegen alle möglichen Schädlichkeiten durch den steten Kampf mit einer rauhen, pathogene Mikroben in Fülle enthaltenden Umgebung gewöhnt ist, und der denn auch von Anbeginn an sehr viel stürmischer gerade auf die syphilitische Infektion reagiert und so, wie wir vielleicht annehmen dürfen, die späteren Folgen der Syphilis wirksam bekämpft, im Gegensatz zum paralytischen Kulturmenschen, bei dem die Abwehr gegen die Syphilis, wie glaubwürdig berichtet wird, in der Regel schwach und flau gewesen zu sein scheint. (Fast konstant milder Verlauf der Syphilis bei dem später an Paralyse Erkrankenden.) Die Syphilis tobt sich auf diesen durch grausamste Naturauslese und stetige Übung auch der nichtnervösen Organe körperlich reaktionsfrisch erhaltenen und außerdem wenig differenzierten und daher nervös wenig anfälligen Völkern, wenn ich mich so ausdrücken darf, vornehmlich in Haut und Knochenaffekten in stürmischer Weise aus, besonders in Sekundär- und Tertiäraffekten, die rasch aufeinander folgen, ohne für metasyphilitische Wirkungen noch etwas übrig zu haben.

Mit meiner Vermutung, daß der Hauptgrund der Seltenheit der Paralyse die durch ungeheuer große Ausmerze bei den Naturvölkern und bei gewissen primitiveren Kulturvölkern gewahrte Konstitutionshöhe ist, würde sich auch die Ansicht der Autoren vertragen, welche die neueste größere statistische Arbeit über Paralyse geliefert haben, *Arndt* und *Junius*, daß ihnen nämlich von allen bisher bekannten ätiologischen Faktoren außer der Syphilis die hereditäre Belastung als der wichtigste erscheine (S. 157).

Zivilisation und Kulturbildung bedeuten zumeist auch das Einschlagen einer bestimmt gerichteten und zum großen Teil pathologischen Erbentwicklung, besonders auf nervösem Gebiet. Die Kultur begünstigt die Arbeitteilung, welche wiederum eine Vermehrung der verschiedensten geistigen oder nervösen, zum großen Teil auch pathologischen Anlagen voraussetzt.

Nervöse und geistige und mit ihnen verknüpfte körperliche, vererbbare Defekte aller Art, die in hohen Kulturen geschützt werden und zur Vererbung gelangen, werden bei Naturvölkern oder in primitiven Kulturen ziemlich schnell ausgemerzt, weil für sie keine Verwendung und besonders in jungen Jahren kein Schutz besteht. Sie

sterben ab durch natürliche und sexuelle Ausmerze, werden überwuchert, erdrückt vom breiten fruchtbaren Strome des gesunden Lebens. Die Hekatomben der ausgemerzten, an die harten Daseinsbedingungen unangepaßten Menschen werden immer wieder ersetzt durch eine enorme Geburtenproduktion.

So kommt es, daß in primitiven Kulturen die auf mangelhafter Erbdisposition beruhenden Krankheiten viel seltener sind wie in jenen Zivilisationen, wo der Schutz der Schwachen, der medizinische, soziale und juristische, eine so große Rolle spielt.

Verhält es sich wirklich so, so steht bei den Naturvölkern oder primitiven Kulturvölkern eine geringe Zahl von Erbkrankheiten (Krankheiten, bei denen der ererbte Dispositionsfaktor eine Hauptrolle spielt), zu erwarten, also im besonderen auch wohl eine geringere Zahl von Stoffwechsel- und von Geisteskrankheiten mit starkem endogenem Faktor überhaupt. Das ist, besonders auch in Algier, in der Tat der Fall. Die Haupt-, ja fast ausschließliche Morbidität erschöpft sich in Infektionskrankheiten, in „Schmutzkrankheiten", wie man auch sagen könnte: Krätze, Lepra, Pocken, Trachom, Malaria und ähnlichen Krankheiten. Dazu kommt noch die durch Hungerzustände mächtig geförderte, mancherorts sehr grassierende Lungentuberkulose und schließlich eine Reihe von dyspeptischen, auf Vergiftung durch Genuß- und Nahrungmittel verschiedener Art zurückführbaren Störungen (Alkoholismus, Ergotismus).

An all diesen durch Infektionskrankheiten usw. hervorgerufenen verschiedenen Prozessen partizipiert aber das Zentralnervensystem in auffallend geringer Weise, was besonders langjährige Kenner der Bevölkerung, wie Prof. *Brault*, Dr. *Legrain* usw. hervorheben. In dieser, wie in sonstiger Hinsicht trägt also die Biologie und Pathologie der nordafrikanischen, speziell der algerischen Bevölkerung die Merkmale einer primitiven Bevölkerung überhaupt: „Ertragen" enormer Quantitäten Alkohol, rasche und gute Wundheilung und auffallend leichtes Überstehen der schwersten Operationen und Blutverluste; große Sterblichkeit an Masern, Pocken, Hungertyphus, enorme Morbidität an „Schmutzkrankheiten"; bei schlechter Ernährung und Exposition an rauher Witterung starke Empfänglichkeit für Tuberkulose; große Natalität und Mortalität;



starke Heiratsfrequenz und Wiederverheiratungstendenz; geringer Wert des Individuallebens (große Häufigkeit von Mord, Totschlag, schwerer Körperverletzung); periodisch wiederkehrende und stark aufräumende Hungerzeiten; Fehlen geistiger Regsamkeit und des Hanges zu ausschließlicher geistiger Betätigung auf dem Gebiete von Kunst, Wissenschaft, Technik und Industrie; das Fehlen auch jener, mit psychotischer Anfälligkeit eng verknüpften und bei hochstehenden Kulturvölkern so weitgehenden und mannigfaltigen Variationsbildung geistiger Anlage (s. auch weiter unten).

Ich glaube also, daß wir in der Tat ganz allgemein, neben einer mit unserer Kultur verbundenen, unnatürlichen Lebensweise, hauptsächlich eine mit höherer Kultur eng verknüpfte, eigenartige, nervöse Erbentwicklung (deren Hauptcharakteristikum die vermehrte, ins Pathologische gesteigerte Variabilität und Differenzierung und daher auch erhöhte Anfälligkeit des Zentralnervensystems, sowie die gestörte, korrelative Harmonie der vegetativen und animalen Funktionen sind) für die auffallende höchste Häufigkeit der Paralyse bei höchster Kultur und für die auffallende Zunahme der Paralyse bei der Durchsetzung eines Volkes mit Kultur verantwortlich machen müssen.

In diesem Sinne glaube ich ebenfalls die „hereditäre Belastung", nach der Syphilis natürlich, als einen der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Paralyse ansehen zu müssen.

Daß der Paralysedisponierte als solcher auch äußerlich, etwa durch im Vergleich zum durchschnittlichen Vorkommen gehäufte Degenerationszeichen oder Belastung gekennzeichnet wäre, läßt sich heute freilich noch, trotz der Versicherungen *Näckes*, schwer erweisen. Zudem muß es sich ja innerhalb der allgemeinen nervösen Erkrankungsanlage um eine speziell paralytische Disposition handeln, die uns, selbst wenn wir noch so viele Belastungsziffern aufmarschieren lassen, vorläufig in ihrem Wesen noch völlig verschleiert bleibt.

Dies wird wohl erst anders werden, wenn wir einmal beginnen, uns einer bis in die kleinsten Details gehenden und nicht allein auf Psychosen sich erstreckenden Familienforschung zu befleißigen. Sie wird uns höchst wahrscheinlich die Beziehungen auf-





decken helfen, welche zwischen familiären Dispositionen überhaupt und Disposition zur Paralyse bestehen und uns zeigen, welche Gewebs- oder Organschwächen in Korrelation oder in einem direkten Ursachenverhältnis zu der Paralysedisposition stehen.

Das Verdienst der Franzosen bleibt es immerhin, darauf hingewiesen zu haben, daß wir in der Paralysefrage mit der Syphilis als einziger Ursache nicht auskommen, sondern auch noch eine gewisse erbliche Prädisposition zu Hilfe nehmen müssen.

Allein *Näcke* z. B. faßt die Problemstellung nicht richtig und wird den Tatsachen der modernen Syphilis-Paralyse-Forschung nicht gerecht, wenn er — gesperrt — schreibt [1]):

„Durch diese spezifische und meist angeborene Gehirndisposition des Paralytikers allein oder noch nach Zutritt weiterer Faktoren wird der günstige Boden geschaffen, auf dem — meist aber nur dann — die verschiedensten Ursachen: psychische und körperliche Traumen, Alkohol, Syphilis usw. einmal Paralyse oder Tabes zuwege bringen."

Dies ist zweifellos nach dem heutigen Stande unseres Wissens unrichtig, denn alle bekannten Tatsachen sprechen dagegen, daß jemand, der von Syphilis verschont blieb (nicht bloß nach Anamnese, sondern auch nach der serologischen und auch anderen Untersuchungen), jemals tabisch oder paralytisch werden kann. Selten ist, wenn wir von der experimentellen Forschung absehen, ein statistischer Indizienbeweis so überzeugend gelungen und durch lange Arbeit, zuletzt auch mit neuen Methoden (Serologie, *Plaut* u. A.) geschlossen worden, wie der bezüglich der Unerläßlichkeit der Syphilis zum Zustandekommen der Paralyse. Wir können jetzt, entgegen dem Urteil des genannten Autors, vielmehr sagen:

Kein Anlagenormaler, Belasteter oder Entarteter irgendwelcher Art wird jemals paralytisch oder tabisch werden, wenn er nicht vorher syphilitisch infiziert war bzw. an hereditärer Lues litt.

Zur Syphilis hinzu muß dann allerdings noch ein additioneller Ursachenkomplex kommen, der bei den vielen Syphilitischen, die niemals paralytisch werden, nicht vorhanden ist oder niemals in Aktion tritt, und den ich zu einem Teile eben in der oben erwähnten anerzeugten Prädisposition sehe.

[1]) *Näcke*, Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 4.

Man könnte die Faktoren, die außer der Syphilis beim Zustandekommen der Paralyse in hervorragendem Maße mitwirken, zusammenfassend auch als Domestikation bezeichnen. Seit *Darwin* ist der Ausdruck in aller Biologen Munde, und *Kraepelin* hat ihn, nachdem er den in diesem Wort enthaltenen wichtigen Krankheitursachenkomplex bei seinen Weltreisen aus eigener Anschauung auch für die Psychose-Entstehung in voller Bedeutung würdigen gelernt hat, in die Psychiatrie eingeführt und damit deren Anschluß an die allgemeine Biologie angebahnt.

Allein man vergesse nicht bei Gebrauch des Wortes und Begriffes, daß in ihm zwei grundverschiedene, wenn auch gegenseitig sich beeinflussende Komponenten enthalten sind.

Die eine, deren Bedeutung ich bereits gewürdigt habe, beruht in Störungen der natürlichen Auslese und Ausmerze, in Zuchtwahlstörungen und als Folge davon in anerzeugten und angeborenen Konstitutionsmängeln, die andere in Störungen der natürlichen Ernährung und Organübung und in sonstigen abnormen, unnatürlichen Milieu-Einflüssen.

Daß die ersteren eine ungeheure Rolle bei der Entstehung von Psychosen überhaupt, sehr wahrscheinlich der Paralyse im speziellen, spielen müssen, geht aus allgemein biologischen Erwägungen hervor. (Vgl. die Ausführungen auf S. 708—711.)

Ungeklärt zum größten Teil aber ist die Rolle der Milieu-Einflüsse, wenn wir die Vergiftungen im eigentlichen Sinne und die gefährlichen Infektionskrankheiten ausnehmen. Hier versuchen wir zumeist noch vergebens, enge kausale Beziehungen herzustellen zwischen Psychose einerseits und etwa einseitiger Fleischnahrung oder Überernährung, mangelhafter Bewegung, schlechter Luft, verkürztem Schlaf, Mangel an Licht u. dgl. andererseits. Plausible Beziehungen bestehen hier freilich bei den sogenannten funktionellen Psychosen in Hinsicht auf die ernsten Schäden, welche psychogene Traumen (Gefangenschaft, Unterdrückung mächtiger, z. B. der sexuellen Triebe usw.), die mit der Domestikation eng verknüpft sind, dem Menschen zufügen können.

Allein, wissen wir auch noch nichts Bestimmtes, so entfalten doch auch die anderen genannten, auf das Milieu bezüglichen Domestikationsfaktoren gewiß keinen geringen Einfluß auf die Wider-





standkraft und Gesunderhaltung von Körper und Geist, auf seine Abwehrmechanismen und Schutzstoffe. Wir Kulturmenschen sind in ein gewisses Treibhausmilieu hineingeboren, das zahllose Reize und Schäden, die den Naturmenschen, ja auch den Bauern noch treffen, künstlich von uns fernhält und uns so der Notwendigkeit zum großen Teil enthebt, Schutzkräfte zu bilden und mobil zu machen und unsere Instinkte, unsere Bewegungsorgane zu üben, die der Anlage nach doch einen bedeutenden Teil des Menschen ausmachen, und deren Nichtgebrauch immerhin Schäden mit sich führen kann, deren Tragweite wir noch nicht ahnen. Auch in der eigenartigen Ernährung des modernen Kulturmenschen kann vieles liegen, was seine Widerstandfähigkeit direkt oder indirekt herabsetzt. In mancher Hinsicht wird dem Körper zweifellos viel mehr geboten als er braucht, in anderer Richtung werden die vorhandenen Reserven (im Zentralnervensystem) durch eine Menge der verschiedenartigsten Reizmittel körperlicher und psychischer Art, die der Kulturmensch nötig hat, um gegenüber den zu vielen Anforderungen immer auf der Höhe zu sein, künstlich herausgepeitscht.

Schließlich müssen wir, wenn wir an die verhängnisvollen und uns noch ganz rätselhaften Wirkungen denken, welche manche gefangenen, domestizierten Tiere zeigen, Wirkungen, die mit der Ernährung nichts zu tun haben können, uns gestehen, daß auch im Menschen, sobald er seinen natürlichen, den tierischen möglichst genäherten äußeren Existenzbedingungen entzogen wird, die schwerwiegendsten physiologischen Veränderungen Platz greifen können. Der moderne Urbanisierungsprozeß übt zweifelsohne eine verhängnisvolle Wirkung in dieser Richtung aus, und es ist zweifellos nicht allein der mit ihm verknüpften Alkoholisierung und Syphilisierung zuzuschreiben, wenn er so ungeheuer viele Opfer verschlingt.

Noch auf zwei spezielle Punkte müssen wir hier zurückkommen; auf die Rolle, die dem Alkohol einerseits, der geistigen Überanstrengung andererseits bei der Entstehung der Paralyse zugeteilt wurde und noch wird.

Die Überzeugung, daß der Alkohol und die geistige Überanstrengung bei der Paralysegenese stark mitbeteiligt seien, hält sich so hartnäckig (auch von Seite derjenigen, welche der Syphilis die gebührende Rolle einräumen) und hat in der Tat so viele Argumente für sich,



daß wir vorsichtig darin sein sollten, sie ohne zwingende Gründe ganz von der Hand zu weisen.

Ich will zugeben, daß diese Faktoren vorläufig nur als begünstigende, auslösende in Betracht fallen können, aber als solche sind sie nicht wegzuwerfen einfach deshalb, weil man sie bei paralytischen Kindern nicht gefunden hat.

Es ist denkbar, daß bei Erwachsenen Konstitutions-, Organ- oder Gewebswiderstände zu brechen sind und durch Alkoholmißbrauch oder geistige Überanstrengung tatsächlich gebrochen werden, die beim Kinde fehlen oder auf andere uns noch unbekannte Weise überwunden werden. Vom Alkohol wissen wir ja, daß er die verschiedensten Gewebe angreift, und daß er mit Vorliebe krankhafte Anlagen und Krankheiten des Zentralnervensystems, Gefäßsystems und des Stoffwechsels setzt. Wie nicht zu leugnen ist, daß der ungünstige Verlauf der Tuberkulose-Infektion (mehr wie die Hälfte der Menschen werden und sind angesteckt und kämpfen mit der Tuberkulose) von einer großen Anzahl der verschiedensten und scheinbar verschiedenst wirkenden konstitutionschwächenden Faktoren abhängig ist, so läßt sich auch vom Alkohol eine solche Schwächung der paralysedisponierten Syphilitiker denken, sei es auf dem Wege einer krankhaften Alteration des Gefäß- und Nervensystems, sei es auf dem Wege der Schwächung des Organes oder derjenigen Organe oder Gewebe, welche das Gleichgewicht des Stoffwechsels aufrecht erhalten.

Solange wir den Alkohol nicht völlig von der Mitwirkung bei unserer Krankheit ausschalten können, wird es gut sein, sich die obigen Erklärungsmöglichkeiten offen zu halten.

Daß die geistige Überanstrengung an und für sich wesentlich zur Entstehung der Paralyse beitragen kann, ist wohl schwerlich anzunehmen. Wenigstens sehen wir bei anderen Organen, daß deren bis zu einem gewissen Grade gesteigerte Inanspruchnahme bei normaler Ernährung, allmählicher Stärkerbelastung mit Arbeit und Vermeidung von überreizenden Giften eher zur höheren Leistungfähigkeit und zu einer Hypertrophie jenes Organs, nicht aber zu seiner Schwächung und Erkrankung führt. Bei Erfüllung dieser Vorbedingungen dürfen wir also wohl nicht von Aufbrauchkrankheiten reden. Allein vergessen wir nicht, daß nur Syphilitiker und überdies vielfach noch dem Trunk ergebene Menschen paralytisch werden, daß mit großer Wahrschein-

lichkeit bei Syphilitikern abnorme toxische Stoffe (besondere Toxine vielleicht bei denen, die später paralytisch werden) im Blute kreisen dürften, und daß daher dem überanstrengten Zentralnervensystem nicht nur mehr normale Nährstoffe, sondern auch mehr Giftstoffe (syphilitische, metasyphilitische, evtl. auch Alkohol) zugeführt werden. Diese toxischen Substanzen könnten durch den genannten Mechanismus sehr wohl den Kreis der Paralyse determinierenden Faktoren schließen.

Übrigens dürfte es sich bei näherer kritischer Betrachtung des beschuldigten Ursachenfaktors „geistiger Überanstrengung" zum Teil auch um eine Verwechselung von Ursache und Wirkung handeln.

Die geistige Überanstrengung ist vielleicht manchmal weniger als direkte mitwirkende Ursache der Paralyse anzusprechen, als vielmehr als die Folge einer eigenartigen Form von psychopathischer Regsamkeit, welche unserem Zeitalter, den höchsten Kulturen, ganz besonders zugehört, einer Form von Psychopathie sage ich, zu der namentlich das hastige, nervöse Strebertum und eine Art — sit venia verbo — des Protzentums der überspannten Pflichterfüllung auf dem Gebiete des Gelderwerbs sowohl, wie des Erjagens ehrgeiziger Ziele mehr „idealer" Natur oder der Übernahme zahlloser erdrückender Pflichten (und damit Gemütsbewegungen) gehört. Hierzu sind bestimmte Rassen, Kulturstufen und Bevölkerungs- oder Berufsklassen besonders disponiert, und gerade sie überanstrengen sich naturgemäß dabei auch am meisten, da die Kultur, besonders in der Form der Urbanisierung, ein Übermaß von Reizen in steter Bereitschaft hält; gerade sie, und das ist wirklich ein statistisches Zusammentreffen, das zu denken gibt, erkranken auch weitaus am häufigsten an Paralyse (wenn sie syphilitisch sind natürlich). Die wiederholt eindringenden Reize wecken, verstärken und perpetuieren natürlich diese Reaktionsweise.

Wir können diese eigenartige, psychopathische Geistesverfassung, die ich hier nur mit einem Schlagwort gekennzeichnet habe, bei manchem vielleicht mit als ein äußeres Anzeichen jener anerzeugten oder früh erworbenen, unsichtbaren Disposition auffassen, welche es erst gestattet, daß ein Syphilitiker zum Paralytiker wird.

Sie macht uns verständlicher das Fehlen oder Seltensein der Paralyse in manchen abgelegenen ländlichen Gegenden, ferner bei



fatalistischen, nirwanistischen, beschaulichen Völkern, mit primitiver Wirtschaft, primitivem Verkehr, mit einem ungeheuren Überfluß von Zeit für Schlaf, Essen, Müßiggang und Spiel, ohne eigene Initiative. Sie erleichtert uns das Verständnis für das Überwiegen der Paralyse bei den ruhelosen, sich abhetzenden und abgehetzten Städtern, für die Vermehrung der Paralyse mit dem Fortschreiten der Kultur, ferner für die geringere Paralysefrequenz bei der Lues der Frauen, denen das nervöse, mehr oder weniger zielbewußte Vorwärtsstürmen und der angespannte, aufreibende Kampf um erstrebte Güter viel ferner liegt als dem Mann oder ihnen nur wider Willen aufgenötigt wird.

Sie erklärt uns, warum Hunderte von guten Beobachtern und Forschern, welche die Rolle der Syphilis keineswegs unterschätzen, immer wieder auf die geistige Überanstrengung als Paralyse-Auslöserin zurückkommen, und sie gibt endlich der Art der Psychopathie oder der Belastung eine gewisse, enger umschriebene Form für diejenigen, welche, wie ich selbst denke, mit Recht glauben, ohne die Annahme einer bestimmten psychopathischen Prädisposition zu Paralyse nicht auskommen zu können. Sie zeigt auch vielleicht, warum ein Volk in mancher Hinsicht „entartet“ erscheinen kann, ohne doch die spezifische, für Paralyse erforderliche Entartung zu besitzen (Bosniaken, nach *Mattauschek*, im Gegensatz zu den Angaben *Näcke*s. Übrigens sollen nach einer mündlichen Mitteilung Dr. *Bermann*s die Bosniaken nur in der Fremde erhöhte Morbidität — Tuberkulose, Heimwehdepressionen u. dgl. — zeigen, zu Hause an ihr Land aber vortrefflich angepaßt und sehr leistungfähig sein.)

Je mehr und je länger man sich die Tatsachen der vergleichenden Rassen- und Kulturstufen-Psychiatrie, sowie die enorme Wichtigkeit des Urbanisierungsprozesses für die Begünstigung der Paralyse betrachtet, um so unabweislicher wird die Notwendigkeit der Annahme der oben geschilderten Zusammenhänge.

In Ansehung der Tatsache, daß der paralytische Prozeß pathologisch-anatomisch sich mit Vorliebe in der Gegend des Stirnhirns lokalisiert, könnte man dem Gedanken Raum geben, daß die Paralyse vornehmlich phylogenetisch jüngere Hirnpartien ergreift, bzw. man könnte folgern: Da die Hirnsuperiorität des Kulturmenschen hauptsächlich eine Stirnhirnüberlegenheit sein dürfte, die phylogenetisch neuen Partien aber weniger

erb-, seuchen- und giftfest sind als die alten, so müsse sich Paralyse in dem Maße vermehrt zeigen, als das Stirnhirn und die von ihm abhängigen Partien und Lebensäußerungen (Kultur) das Übergewicht in einem Volk, in einer Rasse erhalten.

Eine gewisse Proportionalität von Kultur bzw. Rassenhochstand und Paralysefrequenz ist ja, wenn man die Literatur aufmerksam durchgeht, in der Tat vorhanden.

Keine Rasse ist so paralyseanfällig wie die weiße, und niemand fällt der Paralyse so leicht zum Opfer, wie der in abnormen Züchtungs- und Ernährungs-Verhältnissen usw., kurz der domestiziert par excellence lebende moderne Städter.

Allein dem gegenüber ist doch darauf aufmerksam zu machen, daß die Paralyse eine primäre Erkrankung des Nervensystems vielleicht gar nicht ist (*Alzheimer*), sondern vielleicht eine Stoffwechselstörung (*Kräpelin*), die die Erkrankung des Nervensystems und der Blutgefäße sekundär mit sich führt.

Ferner würde sich die ebenfalls unter gleichen Verhältnissen seltene Tabes wohl kaum auf ähnliche Weise erklären lassen.

Mit der Zurückführung der metasyphilitischen Anfälligkeit überhaupt auf den einfachen Ausdruck einer Anfälligkeit phylogenetisch jüngster Teile hat es also seine Schwierigkeiten.

Daß die Rasse an und für sich es ist, welche einen Einfluß auf die Disposition zu Paralyse-Erkrankung nimmt, ist in ausschließender Weise schwer darzutun. Soll man wirklich annehmen, daß die Abessinier als Rasse gegen Paralyse immun sind, und daß die Neger, die Japaner es einstmals waren? Haben sie sich systemanthropologisch in der verhältnismäßig kurzen Zeit so umgestaltet, daß man sie heute, wo sie Paralyse aufweisen, als eine andere Rasse auffassen könnte als früher, wo sie nur Syphilis, aber keine Paralyse besaßen? Das ist für den Anthropologen nicht nachweisbar und, von den Negermischlingen, den Mulatten abgesehen, auch kaum anzunehmen. Dagegen haben in kultureller Beziehung die genannten zwei Völker enorme Umwälzungen in letzter Zeit durchgemacht, und so ist es denn wohl vielmehr die Kulturstufe, der Grad und die Dauer der Durchtränkung einer Rasse mit Kultur, mit Zivilisation, was den Ausschlag für die größere Paralyse-Häufigkeit gibt. Sonst wäre es unverständlich, daß einerseits so differente Rassen

wie etwa die Kabylen und die Javaner fast keine Paralyse aufweisen, während andererseits fast alle Rassen, die in dieser Richtung studiert sind, bei der Berührung mit der Kultur allmählich die Tendenz zur Paralysebildung hervorkehren.

Dabei scheint es doch nicht besonders viel auszumachen, durch wieviele Generationen die Syphilis hindurchgegangen ist, d. h. es erscheint fraglich, ob wirklich „Stämme, in denen die Syphilis noch eine neuartige Krankheit darstellt, weniger gefährdet sind", d. h. deshalb weniger gefährdet sind. Liegt doch z. B. kein Grund vor, etwa anzunehmen, daß an der nordafrikanischen Mittelmeerküste die Syphilis jüngeren Datums sei, als in Europa. Nicht bloß steht fest, daß die Syphilis schon zur Zeit der Okkupierung durch die Franzosen die weiteste Verbreitung in Algier hatte, sondern wir müssen auch, gestützt auf historische Dokumente, annehmen, daß die bereits zu Columbus' Zeiten sehr regen Beziehungen zwischen den europäischen Mittelmeerländern und den andern arabischen Völkern einerseits und der nordafrikanischen Bevölkerung andererseits (Vertreibung der Mauren aus Spanien, Piratentum im Mittelmeer, Raubzüge der Korsaren an die europäische Küste, Eroberungzüge der Spanier an die algerische Küste) schon damals eine zureichende Vorbedingung für eine ebenso frühe Verbreitung der Syphilis wie in Europa abgaben. Ja, gewisse Sitten und Praktiken, wie ungenügende Körperbedeckung, gemeinsame Verwendung von Gebrauchsgegenständen, äußerste Promiskuität, lockere Geschlechtsgebräuche, Polygamie, Sorglosigkeit, Prüderie gegen den Arzt, Beschneidung, Pockenimpfung (Variolisation), Tätowierung, Aussaugen der Wunden usw. mußten die Verbreitung der Syphilis in Nordafrika eher beschleunigen.

Ein direktes Verhältnis zwischen Syphilis-Immunisierungsdauer einer Rasse und Paralyse-Frequenz ist also kaum anzunehmen. Faktisch freilich stimmt es oft, daß Völker, bei denen Syphilis frisch importiert wurde, keine Paralyse haben. Allein diese Völker sind dann zugleich eben auch primitive, nervös „Ungeweckte" und daher auch nicht anfällige. Eine längere Dauer der Syphilisdurchseuchung genügt jedenfalls noch nicht zum Zustandekommen der Paralyse. Mit dieser Annahme in Einklang steht auch das Fehlen von positiven Nachrichten über eine nennenswerte Paralysehäufigkeit unter der indianischen Bevölkerung (besonders Zentralamerikas), wo doch der

Immunisierungsprozeß schon sehr lange vor sich geht. *Moreira* versichert direkt, er habe die Krankheit bei den reinen Eingeborenen Brasiliens noch nicht beobachtet (S. 5).

Man hat auch das Klima in besonderer Weise der Paralysebegünstigung angeschuldigt, und *Zieman* und andere tun dies heute noch. Richtig ist, daß die größte Zahl der Paralysen sich in den gemäßigten Zonen findet, und in den Tropen, wie Subtropen, wo Europäer paralytisch werden, will man auch bei diesen eine viel geringere Erkrankungziffer an Paralyse beobachtet haben. Allein dies hängt viel wahrscheinlicher von ganz anderen Umständen als direkt vom Klima ab. Die Alterszusammensetzung der (sehr fluktuierenden) europäischen Tropenbevölkerung ist eine der Paralyse viel ungünstigere (weil jüngeres Durchschnittsalter). Die Tropen-Europäer sind konstitutionell vielleicht auch besser veranlagt, als der in Europa zurückbleibende Durchschnitt. Schließlich veranlassen die Anfänge des Leidens wohl oft eine Rückkehr nach Europa.

Die Berechtigung einer Analogisierung der metasyphilitischen Erkrankungen mit der Trypanosomiasis wird vorläufig noch bestritten. Von einer solchen Abhängigkeit vom Klima wie dort kann ja beim Syphiliserreger ohnehin nicht die Rede sein.

Der Anschauung *Fourniers*, daß die Erkrankung an Paralyse von mangelhafter Behandlung der früheren Syphilis in hohem Maße abhänge, widersprechen die Befunde in Algier entschieden. Wie schlecht nach europäischen Begriffen wird dort die Eingeborenen-Syphilis behandelt, wie erschreckend häufig müßte die Paralyse demnach dort sein! Wie selten aber ist sie in Wirklichkeit!

Die größten, vorläufig unüberwindlichen Schwierigkeiten für eine plausible Vorstellung über die Ursachen der Paralyse (außer der Syphilis) erheben sich, wenn wir an die infantile Paralyse denken und an die auffallend gleiche Dauer der Inkubation zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Paralyse bei der Erwachsenen- wie der Kinder-Paralyse. Das weist darauf hin, daß man mindestens ein Moment, das für den Ausbruch der Paralyse mitbestimmend ist, noch immer nicht genügend kennt, daß ferner für die Entstehung der Paralyse die Syphilis sicher hauptsächlich bestimmend ist, und daß schließlich Momente, welche in so verschiedener zeitlicher Distanz,



vom Zeitpunkte der syphilitischen Infektion ab gerechnet, und in so verschiedener Intensität auf den Menschen einwirken, schwerlich in ausschlaggebender Weise den Effekt haben können, stets in durchschnittlich zehn Jahren aus dem Syphilitiker einen Paralytiker zu machen. Denn man sollte wohl annehmen, daß die verschiedenen Grade jener Kulturschädlichkeiten und ihr verschiedenartiges Einsetzen, bald kurz, bald lange nach der Infektion usw., doch einen größeren variierenden Einfluß auf die Inkubationsdauer gewinnen würden[1]). Erinnern wir uns, daß wir nicht umhin konnten, anzunehmen, daß beim Paralytiker Schutzvorrichtungen zerstört wurden, und daß wir irgendwelche Kulturfaktoren dieser Zerstörung beschuldigen mußten. Das ziemlich stereotype Inkubationsintervall zeigt uns aber, daß offenbar die Syphilis den Zeitpunkt der Zerstörung fast ausschließlich bestimmt, wogegen die Tatsache selbst der beinahe plötzlich einsetzenden Erkrankung ohne Hinzudenken jener Kulturfaktoren nicht genügend erklärt wäre. Die Syphilis braucht offenbar stets eine bestimmte Reihe von Jahren, bis sie so weit ist, um über die Schutzvorrichtungen zu triumphieren. Es gibt aber bei Naturvölkern sicher weit stärkere Schutzvorrichtungen gegen Paralyse als in unseren höheren Kulturen, und daher bleibt die Paralyse überhaupt aus.

Allein zwischen diesen beiden Konstatierungen liegen zahlreiche ungelöste und zurzeit unlösbare Fragen: was zerstört werden muß, ob irgend etwas langsam zerstört wird, um dann

---

[1]) Freilich ist sehr bemerkenswert, daß bei den von *Galewsky* beschriebenen Fällen von Tabes, die ja ganz ähnliche Verbreitungsverhältnisse wie die Paralyse aufweist, die Krankheit schon in den ersten 3 Jahren nach der syphilitischen Infektion auftrat und zwar, wie der Verf. meint, weil in erhöhtem Maße Einflüsse eingewirkt hatten, wie ich sie oben als neben der Lues ausschlaggebend für die Entstehung der Paralyse annahm.

„Es sind eben" sagt der Verf. „andere Erscheinungen als die Lues, die die Entstehung der Tabes begünstigen, und zwar familiäre Disposition, Alkoholismus zusammen mit körperlichen Strapazen, neurasthenische Veranlagung, geistige Überreizung usw."

Es wäre zu wünschen, daß für Tabes sowohl als auch Paralyse den Gründen und Vorbedingungen der Verkürzung und Verlängerung der Inkubationsdauer nachgespürt, d. h. die landläufig angegebene Durchschnittdauer von 10 Jahren in konkrete Gruppen zerlegt und jede Inkubationsgruppe in ihrer besonderen Ätiologie durchforscht würde.





plötzlich zur Insuffizienz für den Körperhaushalt zu führen, welcher Faktor oder welche Faktoren in der Kultur, ob mehr endogene, ob mehr exogene, die Vernichtung begünstigen, und ob genau die gleichen Faktoren auch bei der infantilen Paralyse wirksam bzw. unentbehrlich für ihren Ausbruch sind usw. Meine obigen Darlegungen sollen denn auch nur Anregungen sein, in der Frage der Ätiologie der Paralyse diesen einzelnen Faktoren in Zukunft ein besonderes Interesse zuzuwenden.

Was oben von den Ursachen der Paralyse gesagt ist, dürfte im großen und ganzen auch von der Tabes syphilitischen Ursprungs gelten, wenn es auch höchst wünschenswert wäre, bei primitiven, syphilitisch durchseuchten Völkern an Ort und Stelle noch speziell auf das Vorkommen der Tabes gerichtete Untersuchungen, vor allem auch genaue Häufigkeitskonstatierungen, vorzunehmen.

Vielleicht ließen sich doch mit viel Aufwand von Zeit, Energie und Umsicht solche Nachforschungen auf jenen Riesenmärkten mohammedanischer Völker durchführen, die ja oft der Tummelplatz von Heilkünstlern sind, und zu denen Kranke aller Art aus den entferntesten Teilen des Landes hingeschleppt werden.

Die praktischen Schlußfolgerungen, die sich aus unserer Betrachtung über die Ursachen der Paralyse ergeben, sind zweifacher Natur:

Gemäß der sicheren Erkenntnis: Ohne Syphilis keine Paralyse, sollten wir bei Bekämpfung dieser erschreckend häufigen Krankheit unsere Bemühungen hauptsächlich der Eindämmung der Syphilis zuwenden.

Die zweite aus unserer Ursachenbetrachtung geschöpfte Erkenntnis ist unsicherer. Zwar ist jetzt über allen Zweifel erhaben, daß die moderne Kultur, besonders der Großstädte, der Paralyse den Boden ebnet. Aber im Begriff der modernen Kultur ist sehr vielerlei eingeschlossen, so daß es zurzeit nicht möglich ist, mit Sicherheit die schuldigen Momente herauszuschälen. Wir besprachen einzelne, in der Kultur enthaltene Faktoren, welche in Betracht fallen können. Den Alkoholismus bekämpfen wir schon aus anderen Gründen. Die geistige Überanstrengung wird bei der Fortdauer des modernen Konkurrenzkampfes schwer zu vermeiden sein, sollte aber von seiten des Prophylaktikers in diesem Zusammenhange doch größerer Be-

achtung sich erfreuen. Schwer wird es dem Kulturmenschen werden, die schädliche selektorische Komponente der Domestikation zu umgehen, die schlechte Zuchtwahl, die geringe Ausmerze, und ebenso wird es noch lange dauern, bis wir wieder zu einer naturgemäßen Lebensweise und Ernährung, zu einer naturgemäßen Übung aller in uns von der Natur gewiß aus guten Gründen angelegten Systeme, Organe und Schutzmechanismen gelangt sein und damit die ursprüngliche Reaktionsfrische und konstitutionelle Widerstandkraft der Natur-, niedrigen Kultur- und ländlichen Völker zurückerobert haben werden.

---

## Literatur.

*Alzheimer*, Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 52. Bd., 1896.

*Ameline*, De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale progressive. Ann. méd. psychol. 1900, Juin. S. 459.

*Anton*, Alkoholismus und Erblichkeit. Psych. Wochenschr. 1901, Nr. 14, S. 143.

*Antonini*, Rapport médical sur l'Algérie.

Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie. Bd. I (1904) — VII (1910). B. G. Teubner, Leipzig.

*Arnaud*, These de Paris 1888 und Ann. méd. psychol. 1888, Juli.

L'Assistance publique chez les indigènes musulmans de l'Algérie. Bullet. médic. de l'Algérie 1903, p. 365—386.

*Auchier, F.*, Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence. Thèse de Bordeaux 1901.

*Audrier*, Rapport de la paralysie générale et de la dégénérescence. Bordeaux 1901.

*Balfour, J. G.*, An arab physician on insanity. J. ment. sc. London 1876, p. 241—249.

*Ball et Régis*, Les familles des aliénés au point de vue biologique. Encéphale 1893.

*Barbier*, Les fous et le mal de mer. J. de méd. pharm. de l'Algérie, Alger 1884, p. 227—229.

*Battarel, P.*, Quelques remarques sur la Paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens. Thèse de Montpellier, 24. XII. 1902.

*Battarel, E.*, Les aliénés à l'hôpital civil de Mustapha. Bulletin médical de l'Algérie; 2me série, no. 7, juillet 1902, p. 244—245.





*Béchet, Gaston,* Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. Thèse de Paris, 1897 und Arch. d. Neurol. IX 1900, Nr. 50, S. 121.

*Berbez,* De la paralysie générale due aux excès alcooliques. Paris 1892.

*Berkley, H.,* Dementia paralytica in the negro race. John Hopkins Hospit. Report 1894.

*Bermau,* Dr. *Mark,* Über die Beziehungen der Syphilis zur Tabes und zur Paralysis progressiva. Wiener med. Wochenschrift 1900, Nr. 33.

*Bertherand,* Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales. Paris. Progrès médical 1883, p. 205, 217.

*Bertherand,* E., Médecine et hygiène des Arabes, études sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les musulmans de l'Algérie etc. Paris 1855.

*Bittorf,* Über die Beziehungen der angeborenen ektodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1905, Seite 404.

*Bodros,* La folie chez les Abyssins. Annal. médico-psychol. 1907, VI vol., 9. sér., p. 344.

*Boigey,* Étude psychologique sur l'Islam. Ann. méd.-psychol. VIII vol., 9. sér., p. 5.

*Boissier,* Im Bericht über d. VIII. Intern. Kongr. gegen den Alkoholismus in Wien 1901, S. 101.

*Bordier, A.,* La question de race en médecine. Dauphiné méd., sept. 1893.

*Bouvaist, Joseph,* La paralysie générale dans l'Aveyron. Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale progressive. Thèse de Montpellier 1906.

*Brault,* Prof. Dr., Appendice à la géographie médicale des colonies françaises. Janus 1909, 16 S.

*Brault,* Discussion sur la paralysie générale 11. avril 1905. Bullet. de l'Académ. de médecine.

*Brault,* Prof. Dr., Note au sujet de la fréquence des maladies du système nerveux chez les indigènes musulmans d'Algérie. Janus, XII. Jahrg., 7. Lieferg., Juli 1907.

*Brault,* Géographie médicale des colonies françaises. Aus: Janus, 136 S.

*Brault,* Prof. Dr., La Syphilis en Algérie. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. Bd. XII 1908, S. 647—660.

*Brault,* Prof. Dr., Note sur l'historique de la syphilis en Algérie. Janus 1909, S. 746—748.

*Brault,* Prof. Dr. *J.,* Pathologie et Hygiène des indigènes musulmans. Alger, Jourdan 1905, 200 S.

*Bucelski,* Über die Ursachen der progressiven Paralyse. Gazeta lekarska 1901, Nr. 7 und 8.



*Buchanan, J. N.*, Insanity in the colored race. N. York, M. J. 1886, p. 67—70.

*Chantemille*, Rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale. Paris 1900.

*Coulonjou*, (Alençon), Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne. Refer. Neurol. Zentr. Bl. 1904, S. 1165.

*Cristiani*, Stigmates dégénératifs dans la démence paralytique. Arch. de neurologie 1896.

*Crocq*, Du rôle de l'hérédité dans la paralysie générale progressive. Journ. d. Neurol., mars, mai, juin 1899.

*Cullerre*, De la démence paralytique dans la race nègre. Ann. méd.-psychol. Paris 1895, p. 220—225.

*Davidson, J.*, Observation sur le chancre indien et la syphilis comme causes d'aliénation mentale dans la Turquie, l'Asie mineure et le Maroc. Ann. méd.-psychol. 1885, 123.

*Delbrück*, Dir. Dr. Die Beziehungen zwischen Alkohol und Paralyse. Aus dem Bericht über den IV. Deutschen Abstinententag zu Barmen-Elberfeld 1906, G. Fischer, Jena 1907, 4 S.

*De Pietra Santa*, Contribution des Arabes au progrès des sciences médicales. J. d'hygiène Paris, 1883, p. 157—163.

*Dercle*, Dr. *C.*, De la pratique de notre médecine chez les Arabes. Vocabul. ar.-franç. d'express: médic.

*Desparmet, J.*, La mauresque et les maladies de l'enfance. Revue des études ethnographiques et sociologiques, nov.—décembre 1908, p. 500—514.

*van Deventer*, Bijdrage to de aetiologie der dementia paralytica. Psych. en neurol. Bladen. 2. blz. Jan. 1898.

*Dom, N. F. E.*, Bijdrage to de rennis van de aetiologie der dementia paralytica. Psych. en neurol. Bladen. 2. blz. 135, 1900.

*Dreyfus*, Welche Rolle spielt die Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse? Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 63. Bd. 1906, S. 627.

*Dumolard*, Dr. *L.*, Recherche sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie. Revue neurologique, 30. juillet 1906, p. 697—698.

*Eddé, J.*, Avicenne et la médecine arabe. Thèse de Paris, 1889, no. 162.

*Fornaca*, Sull'influenza dell'eredità morbosa nella paralisi progressiva. Riv. sper. di freniatr. XXXIII.

*Fournier, Alfr.*, et *Raymond, F.*, Paralysie générale et syphilis, 1905.

*Frengrueber, A.*, Les infirmeries indigènes en Algérie. Étude sur un projet d'infirmerie indigène à Palestro (Département d'Alger). Bull. méd. de l'Algérie, Alger 1904, p. 431—439.

*Funaioli*, L'hérédité chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris 1899.



*Gagnerot*, De la prédisposition dans la paralysie générale. Paris 1893.
*Galewsky*, Dr., Über Tabes in den ersten Jahren nach der Infektion. Medizinische Klinik 1908, Nr. 8, S. 260.
*Gervais, Camille Charles*, Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif. Thèse de Lyon 1907.
*Gillot*, Tabès chez un Arabe buveur d'absinthe (Commun. à la Soc. de méd. d'Alger). Bulletin médical de l'Algérie, 15. mai 1905.
*Girandoux, A.*, Sur l'étiologie dans la paralysie générale. Thèse de Paris 1892.
*Godivier*, De l'hérédité dans la paralysie générale. Paris 1892.
*Greidenberg*, Über die allgemeine progressive Paralyse bei Frauen. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 442.
*Griesinger, Wilh.*, Klinische und anatomische Beobachtungen über die Krankheiten von Ägypten. 1853, Arch. f. physiol. Heilkunde, 12. Jahrg., S. 1, oder in Griesinger, Gesammelte Abhandlungen 2. Berlin 1872, A. Hirschwald, S. 479—482.
*Gros*, Statistique de l'infirmerie indigène de Rébeval. Bulletin médical de l'Algérie, 15. mars 1905.
*Gudden, H.*, Zur Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkommenden Fälle von Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. 26, H. 2.
*Heim*, Dr. *Gustav*, Die Dementia paralytica in Ägypten. Ztschr. f. Neurol. u. Psych. 1908, Nr. 275, S. 929.
*Heuyer*, L'infirmerie indigène en Algérie. Caducée, Paris 1903, p. 95.
*Hirschl*, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Jahrb. f. Psych. 1895, 14. Bd.
*Hollós, St.*, Über die Geisteskrankheiten der Prostituierten. Sitzung der psych.-neur. Sektion des Budapester Kgl. Ärztevereins. 17 II, 1908.
*Hougberg*, Beiträge zur Kenntnis der Ätiologie der progressiven Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych., 50. Bd., 1893, S. 546.
*Jelgersma*, Prof. Dr. *G.*, Die Zivilisation als prädisponierende Ursache für nervöse Krankheiten. Med. Klin., 8. Dez. 1907, Nr. 49.
*Joffroy*, Dégénération et paralysie générale. Rev. neurol. 1898, Nr. 16, S. 593.
*Joffroy*, Paralysie générale et dégénérescence. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes d'Angers 1898.
*Joffroy*, De la nature de la paralysie générale. Bulletin médical 1905. 11. III., 12. IV.
*Ireland, T.*, Insanity from the abuse of indian hemp. Alienist and Neur. 1893, XIV, 622—630.



*Iunius*, Dr. *Paul*, und *Arndt*, Dr. *Max*, Beiträge zur Statistik, Ätiologie, Symptomatologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 44, Heft 1, 2 und 3. 166 S.

*Kaes*, Beiträge zur Ätiologie der allgemeinen Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych., 49. Bd., 1893.

*Kieman*, Journal of nerv. and mental diseases 1885. (Zunahme der Neger-Paralyse seit Aufhebung der Sklaverei.)

*Kocher*, De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie. Paris 1884, J. B. Baillière et fils, Rue Hautefeuille.

*Konrád, E.*, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Orvosi Hetilap. 1907, S. 35.

*v. Kötschet*, Die Paralyse im österreichischen Occupationsgebiet. Wiener mediz. Wochenschrift 1904.

*Kräpelin*, Vergleichende Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatr. 1904.

*Kräpelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Auflage 1909. I. Bd. Allgem. Psychiatrie. S. 175—203.

*Kräpelin*, Zur Entartungsfrage. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908. S. 745.

*Krafft-Ebing*, Über die Zunahme der progressiven Paralyse in Hinblick auf die soziologischen Faktoren. Jahrb. f. Psych., XIII, 1895.

*Legrain*, Dr. *Em.*, Notes sur la pathologie spéciale des indigènes algériens, 1899. Paris, Maloine, 51 S.

*Lestage*, La protection de la santé publique en Algérie. Loi du 15. février 1902. Bull. méd. de l'Algérie, Alger 1905, p. 521—538.

*Levet*, Dr., médecin-directeur de l'asile de la Charité, ancien médecin de l'asile d'Aix: L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain. Ann. méd. psychol. 1909, janvier—février, no. 1, p. 45—67 et mars—avril, no. 2, p. 239—249.

*Loewenthal*, Dr. *Max* (Liverpool), Das Kausalverhältnis zwischen Syphilis und progressivem Nervenschwund. Neurol. Zentralblatt 1907, Nr. 10, S. 434.

*Macpherson*, In: Journal of mental Science 1905, p. 455. (Fehlen der Paralyse unter den Eingebornen Singapores.)

*Marc, M. A.*, Über familiäres Auftreten der progressiven Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych., 61. Bd., 1904, S. 660.

*Marcus, H.*, Studie öfver etiologien till dementia paralytica. Hygiea 2. F. II., 1902, S. 1—14.

*Mariani*, Contributions à l'étude de l'hérédité chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris 1899.

*Marie, A.*, Paralysie générale et syphilis chez les Arabes. Bullet. d. l'Acad. d. Méd., 29. mai 1906, p. 592.









*Marie, A.*, Paralysie générale et syphilis chez les Arabes. Aus: La Syphilis, Bd. IV, 13 S.

*Marie*, Rapport sur la question des Asiles coloniaux. III. Internat. Kongr. für Irrenfürsorge in Wien vom 7.—11. Oktober 1908, 36 S.

*Marie, Auguste*, Note sur la folie haschichique. (A propos de quelques arabes aliénés par le haschich.) Nouvelle iconogr. d. l. Salpétrière no. 3, mai—juin 1907.

*Marie, Auguste*, Folies pellagreuses des Arabes. Nouvelle iconogr. d. l. Salpétrière no. 4, juillet—août 1907.

*Marie*, Dr. *A.*, Sur quelques aspects de la question des aliénés coloniaux. Bulletin d. l. Soc. d. Médecine mentale de Belgique 1905, 24 S.

*Marie, A.*, De la prétendue immunité des Arabes vis à vis de la paralysie générale. Revue de médecine 1906.

*Meilhon*, Contribution à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes. Annal. méd.-psychol. XIII, no. 120.

*Mendel*, Hereditäre Anlage und progressive Paralyse. Arch. f. Psych. X, 1880.

*Mense*, Dr. *C.*, Syphilis und venerische Krankheiten in den neu der Kultur erschlossenen Ländern, besonders in Afrika. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hygiene 1900, Nr. 2, S. 86—109.

*Meunier, Raymond*, Le Hachich. Essai sur la Psychologie des paradis éphémères. 3e Edit., Bloud et Cie, Paris, 1909.

*Mongeri, L.*, Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie progressive. Zentralbl. f. Nervenkr. u. Psychiatrie, März 1906, S. 169.

*Moreau de Tours*, Du hachich et de l'aliénation mentale. Études psychologiques. Paris, Librairie de Fortin, Masson et Cie., 1845, 1 vol. 431 pages.

*Moreira* et *Peixoto*, Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Ann. méd.-psychol. 1907, VI vol., 9. sér., p. 58.

*Moreira, Juliano*, and *Penafiel, Antonio*, A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. Journal of mental science, Juli 1907, 15 S.

*Näcke*, Erblichkeit und Prädisposition bzw. Degeneration bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. Psychiatrie und Neurologie, 41. Bd., 1906, Heft 1.

*Näcke*, Sind die Degenerationszeichen wirklich wertlos? Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. F. XXXII H. 1, S. 126.

*Näcke*, Med.-Rat Dr. *P.*, Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 4, 7 S.

*Näcke*, Einige „innere" somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen. Allg. Zeitschr. f. Psych. u. Neurol., 58. Bd.

*Näcke*, Die sog. äußeren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer usw. Allgem. Ztschr. f. Psych. u. Neurol. 1899, 55. Bd., S. 557.

*Näcke*, Paralyse und Degeneration. Neurol. Zentralbl. 1899, Nr. 24.





*Näcke*, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Zentralbl. 1900, Nr. 15, S. 748.

*Nose*, Dr. *S.*, Beitrag zur Tabes-Syphilisfrage. Mitteilungen der Medizinischen Fakultät der kaiserl.-japanischen Universität in Tokio. 1900.

*Obersteiner*, Die progressive allgemeine Paralyse. 1908, S. 62. Anhang: Die Deszendenz der Paralytiker. Ätiologie S. 93—113.

*Oebecke*, Zur Ätiologie der allg. fortschreitenden Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych., 49. Bd., 1902, S. 1.

*Ostrowskich*, Über nervöse und psychische Erkrankungen in Persien. (Sitzung der wissenschaftl. Versammlung der Ärzte in der St. Petersburger Klinik für Nerven- und Geisteskranke.) Refer. im Neurol. Zentralblatt 1899, S. 381.

*Perrin*, Essai sur la médecine des Arabes et l'assistance médicale des indigènes de l'Algérie. Thèse de Toulouse 1890.

*Pilcz*, Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Wien 1906.

*Pilcz*, *A.*, Über Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration. Mschr. f. Psych., VI. Bd., 1899.

*Pilcz*, Des relations de la paralysie générale avec la dégénérescence. Rev. neurol., 15. janv. 1901.

*Plaut*, Dr. *F.* und *Fischer*, Dr. *O.*, Die Lues-Paralyse-Frage. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 66, S. 340—414.

*Ploetz*, Dr. *A.*, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Berlin 1895.

*Poujol*, Dr. *J.*, Trois mois de fonctionnement de l'infirmerie indigène d'Ain-Bessem. Agha-Alger 1904.

*Poujol*, Dr. *J.*, L'hérédo-syphilis. Bulletin médical de l'Algérie, 15. mars 1908, 12 S.

*Pruner*, Dr. *F.*, Die Krankheiten des Orients vom Standpunkte der vergleichenden Nosologie betrachtet. gr. 8, 469 S., mit einer Kupfertafel. Erlangen 1847. Verlag von Enke.

Psychiatrisches aus Rumänien. Referat in Psych.-neurol. Wschr. 1905, S. 349. (Zunahme der Paralyse.)

*Quennec*, Dr., Notice sur la Syphilis dans l'Afrique tropicale. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1902, Bd. 6, Nr. 4, S. 127—137.

*Raecke*, Statistische Beiträge zur Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie 35.

*Raimann*, Zur Ätiologie der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wschr. 1903.

*Raymond*, Syphilis et paralysie générale. Bull. méd. 1892.

*Raynaud*, Prof. Dr. *L.*, Étude sur l'hygiène et la médecine au Maroc. Paris 1902, Baillière et Fils, 196 S.

*Raynaud*, *L.*, Affections cutanées et vénériennes des Berbères de l'Aurès. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, février 1893, Paris.

*Rebatel* und *Tirant*, Lyon méd. XVI 1874, S. 249. (Syphilis bei Beduinen und Zeltarabern.)





Records of the Egyptian Government School of Medecine. Edited by the Director. Cairo: National Printing Department, 1901, S. 206.

*Régis*, Hérédité dans la paralysie générale. Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Blois, 1884.

*Rey*, Contribution à l'étude de la syphilis en Algérie. Alger 1895. Extrait du Bulletin du Comité d'études des questions médicales particulières à l'Algérie.

*Ricoux*, La démographie de l'Algérie. Ann. de démogr. internat. Paris 1880, p. 227—279, 10 tableaux.

*Rogues de Fursac*, Les stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris 1899.

*Rothschuh*, Dr. *E.*, Die Syphilis in Zentralamerika. Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1908, Bd. 12, Nr. 4, S. 109—133.

*Rouby*, Du traitement des aliénés. Bulletin médical de l'Algérie, 2me série, no. 2, février 1902.

*Rouby*, Un aliéné arabe en liberté. Bull. méd. de l'Algérie, Alger 1905, p. 573—577.

*Sauton*, De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale. Thèse de Paris 1883.

*Schäfer*, Über die familiären und konjugalen Fälle von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis. Berlin 1909.

*Scherb et Ben Thami*, Un cas de paralysie générale chez un indigène. Société de neurologie 4. juin 1903.

*Scherb*, Le tabès et la paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens. Comptes rendus du congrès français de médecine, t. II. 1905.

*Scherb* (d'Alger), De la rareté des accidents nerveux chez les Arabes syphilitiques. Compte rendu de la séance du 6. juin 1901, de la Soc. d. Neurologie de Paris. Revue neurologique, 9e année, nouvelle série no. 11.

*Scheube, B.*, Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern. Leipzig 1902, J. A. Barth, 59 S.

*Scholtens*, Hereditaire belasting en progressive Paralyse. Psych. Neurol. Blad. 1900.

*Schroeder*, Dr. *E.*, Zur Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse. Neurolog. Zentralblatt 1910, Bd. 29, S. 562—569.

*Schüle, H.*, Statistische Ergebnisse aus 100 Fällen von progressiver Paralyse. Jahrb. f. Psych. XXII, S. 18.

*Seguir* (*Mohammed ben Larbey*), La médecine arabe en Algérie. Thèse de Paris, 1884, no. 291.

*Serge Soukhannof* et *Pierre Gannouchkine*, La paralysie générale d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou. Arch. d. Neurol. 1902, S. 193.



*Serrigny*, Dr., La paralysie générale dans la Suisse romande. Étude statistique comparative sur la rareté de cette affection dans certaines contrées, spécialement dans le canton de Fribourg. Annal. médico-psychol. XIX vol., 8. sér., S. 377, XX vol. 8. sér. S. 48.

*Sicard*, Dr. *G.*, Étude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie. Paris 1907, Maloine, 88 S.

*Sioli*, Prof. Dr., Geisteskrankheiten bei Angehörigen verschiedener Völker. Aus: Festschr. der 39. Versammlung der Deutschen Anthropologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M., 17 S.

*Spengler*, Dr. *L.*, Über die Geisteskrankheiten im Orient. Allg. Ztschr. f. Psych., 1848, Bd. 5, S. 605—621.

*Spina Rodriguès*, La paranoia chez les nègres; étude clinique et médicolégale. Arch. d'anthropol. criminelle. Lyon et Paris 1903, p. 609—689.

*Sprengeler*, Beiträge zur Statistik, Ätiologie und Pathologie der Paralyse. Allg. Ztschr. f. Psych., 56. Bd., S. 725.

Statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie, d'après les bulletins mensuels fournis par les municipalités.

*Sträussler*, Dr. *Ernst*, Über Entwicklungsstörungen im Zentralnervensystem bei der juvenilen progress. Paralyse und die Beziehungen dieser Erkrankung zu den hereditären Erkrankungen des Zentralnervensystems. Zeitsch. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie. (Sonderabdruck aus Bd. II, H. 1.) Verlag: Jul. Springer und Joh. Ambrosius Barth, Berlin, Leipzig 1910.

*Stumm*, *A.*, Zur Statistik und Symptomatologie der progressiven Paralyse beim weiblichen Geschlecht. Inaugur.-Dissertat. Kiel 1908.

*Trenga*, Sur les psychoses chez les juifs d'Algérie. Montpellier, 1902. Thèse, Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

*Urstein*, Ein Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde 1906.

*Vallon* et *Wahl*, La famille des paralytiques généraux. Congrès de Paris 1900.

*Vincent*, Exposé clinique des maladies des Kabyles, 1862.

*Vorberg*, *G.*, Dementia paralytica und Syphilis. Wien 1906.

*Vurpas*, L'étiologie de la paralysie générale d'après les discussions de l'académie de médecine. Rev. de psychiatrie etc. 1905, p. 309.

*Wagner*, *v. Jauregg*, Zur Veranlagung der Paralytiker. Monatsschr. f. Psych. VIII. H. 5.

*Yanniris*, L'aliénation mentale en Grèce. Étude statistique. Ann. méd. psychol., XIX vol., 8. série, p. 60.

*Ziemann*, Prof. Dr. *Hans*, Über das Fehlen bzw. die Seltenheit von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis bei unkultivierten, farbigen Rassen. Aus: D. med. Wschr. 1907, Nr. 52, 4 S.

---



# Psychische Untersuchungen bei Typhus abdominalis[1].

Von Dr. **A. Hendriks,** Haag.

Seit im Anfang des vorigen Jahrhunderts auf den Zusammenhang zwischen Typhus abdominalis und Psychosen hingewiesen wurde, ist eine ausgedehnte Literatur über Typhuspsychiatrie erschienen. Eine mit großer Vollständigkeit bearbeitete Übersicht hat *Friedländer*[2]) 1901 herausgegeben. Sieht man jedoch diese Übersicht, sowie die Typhusliteratur im allgemeinen, durch, so zeigt sich, daß man sich im wesentlichen auf die Untersuchung der Typhuspsychosen im engeren Sinne beschränkt hat, während über elementare psychische Störungen bei Typhus abdominalis ziemlich wenig angegeben wird. Nur hier und da findet man eine einigermaßen ausführliche Besprechung. Die verschiedenen Stadien werden dann entweder nach einem ätiologischen oder einem symptomatologischen Einteilungsprinzip geschieden. Bei den Beschreibungen fällt stets auf, daß die Untersucher ein gewisses Defizit oder wenigstens eine Hemmung oder Erschwerung der psychischen Funktionen betonen (*Aschaffenburg*[3]), *Courbet*[4]), *Krafft-Ebing*[5]), *Friedländer*[6]) u. a). Es erschien mir wichtig, in dieser Richtung spezielle Untersuchungen

[1]) Aus der psychiatr. Klinik zu Utrecht (Prof. *Heilbronner*).

[2]) *A. Friedländer*, Über den Einfluß des Typhus abd. auf das Nervensystem, Berlin 1901.

[3]) *G. Aschaffenburg*, Über Initialdelirien bei Typhus. Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 52, S. 83.

[4]) *G. Courbet*, Du délire initial de la fièvre typhoide, Dissertation, Paris 1887, S. 37.

[5]) *R. Krafft-Ebing*, Beobachtungen und Erfahrungen über Typhus abd. Erlangen 1871, S. 19.

[6]) a. a. O., S. 52.



anzustellen und zu sehen, ob diese Erschwerung wirklich eine derartige ist, wie meist angenommen wird, vor allem deshalb, weil sich auf diese Weise vielleicht brauchbare Gesichtspunkte für die Auffassung der Typhus-„Benommenheit" und damit eventuell der Benommenheit überhaupt ergeben konnten.

Durch die Güte des Direktors Herrn Dr. *H. P. Bosscha* war es mir möglich, fast alle Typhuspatienten, die in den Monaten Juni bis Dezember 1908 im städtischen Krankenhaus zu Utrecht aufgenommen wurden, zu untersuchen und zwar ganz unabhängig davon, ob diese Patienten deutliche psychische Erscheinungen zeigten oder nicht. Gerade die Fälle, bei denen der Internist niemals den Beistand des Psychiaters anrufen würde, erschienen mir für die Beurteilung eventueller elementarer psychischer Störungen von größter Wichtigkeit.

Im ganzen kann ich die Untersuchungen an 24 Patienten mitteilen; Krankengeschichten werde ich hier jedoch nicht veröffentlichen. In dem als Dissertation[1]) erschienenen ausführlichen Bericht der Untersuchungen sind 8 Krankengeschichten aufgenommen. Ebenso erübrigt es sich wohl, hier auf die Diagnosen, es handelt sich stets um zweifellose Typhusfälle, näher einzugehen. Daß eine derartige Untersuchung nicht so systematisch vorgenommen werden kann wie die von Gesunden, Imbezillen oder körperlich gesunden Psychosen bedarf wohl keiner besonderen Betonung. Insbesondere mußten alle anderen Interessen selbstverständlich zurücktreten, wenn von einer Anstrengung der Patienten irgendwelche Schädigung auch nur im geringsten befürchtet werden konnte. Daß übrigens die Zumutung, die an die Patienten gestellt wurde, auch psychisch nicht so schlimm ist, als man a priori vielleicht mutmaßen könnte, ergibt sich wohl daraus, daß kein einziger sich nachher beklagte, im Gegenteil, ein Teil sogar eine gewisse Anhänglichkeit dokumentierte und andere sich bereitwillig zu späteren Nachuntersuchungen wieder einfanden. Was die Behandlung betrifft, so möchte ich bemerken, daß sie im allgemeinen einfach diätetisch war, und daß kalte Bäder nicht angewandt wurden. Nur wurden morgens kalte Abwaschungen verordnet.

## Vergleichsuntersuchungen an Gesunden.

Einige Untersuchungsmethoden, von denen öfter die Rede ist, sollen zuerst besprochen werden, wobei aber betont werden mag,

[1]) *A. Hendriks*, Over elementaire psychische stoornissen bij typhus abdominalis, Dissertation. Utrecht 1909.





daß sich eine Reihe wichtiger Resultate gerade ohne spezielle Untersuchungs-„Methode" ergab. Um wenigstens einigermaßen Vergleiche anstellen zu können, wurden diese methodischen Untersuchungen auch bei 20 normalen Personen angewandt. Hierfür kamen nur Personen in Betracht, die ich schon seit Jahren kannte und die in bezug auf ihren Bildungsgrad ungefähr auf demselben Niveau standen wie die Patienten (Kutscher, Geschäftsdiener, Dienstboten usw.). Verständigung untereinander war bei diesen gesunden Personen vollständig ausgeschlossen. Außerdem wurden die Patienten kurz vor ihrer Entlassung, manchmal auch einige Wochen nachher nochmals auf dieselbe Weise untersucht, wodurch eine zweite Reihe von Vergleichsresultaten erhalten wurde. Es erübrigt sich wohl, zu betonen, daß von den auf diese Weise erhaltenen Angaben nur mit äußerster Zurückhaltung Gebrauch gemacht wurde.

Über die bei meinen Patienten vielfach angewandte Untersuchungsmethode mit Hilfe der *Heilbronner*schen Bildchen ist von *Heilbronner*[1]) selbst, sowie von *v. d. Torren*[2]) u. a. berichtet worden.

Meine Untersuchungen an Gesunden geben mir zu folgenden Bemerkungen Anlaß, die später bei der Mitteilung der Resultate der Untersuchung von Patienten zu berücksichtigen sein werden. Daß man selbst erst eine gewisse Übung haben muß, um die Resultate beurteilen zu können, ist klar. Manche Personen erkennen nicht nur besonders schlecht, sondern es kommt auch vor, daß Personen, die die meisten Bilder schnell erkennen, mit dem einen oder anderen aus der Reihe besondere Schwierigkeit haben. Die einzigen Bildchen, die von allen Normalen bei Nr. 1 erkannt wurden, waren: Gesicht und Gans, wenigstens wenn man die Reaktionen: Mond statt Gesicht und Ente, Huhn und Vogel statt Gans als richtig rechnet. Schiff, Mühle, Kanone und vor allen Dingen Baum waren für viele Normale besonders schwierig.

Wurden die Bildchen nicht sofort im Anfang erkannt, so kamen ohne irgendwelche Regel wahrscheinliche, unwahrscheinliche oder unsinnige Antworten zutage.

---

[1]) *K. Heilbronner*, Zur klin. psychologischen Untersuchungstechnik. Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. XVII.

[2]) *J. v. d. Torren*, Über Auffassungs- und Unterscheidungsvermögen für optische Bilder bei Kindern. Zeitschrift f. angewandte Psychologie, Bd. I, Heft 3.

Die Ansicht von *Reiß*[1]), daß Normale in den Zeichnungen immer Dinge erkennen, mit denen sie besonders vertraut sind, geht jedenfalls viel zu weit. Das einzige, was ich in dieser Hinsicht bemerken konnte, war, daß ein Kutscher Nr. 2 des Schmetterlings als „Zaumzeugaufhänger" bezeichnete. Sollten die Angaben von *Reiß* noch öfter bei Alkoholikern — die er untersuchte — bestätigt werden und bei anderen eine analoge Erscheinung fehlen— und für das letztere sprechen auch die hier in der Klinik erhaltenen Resultate — dann würde dies das Bestehen einer höchst merkwürdigen egozentrischen Störung bei Alkoholikern beweisen. Manchmal fällt die Erkennung der Bilder einfach mit der Auffassung zusammen, wofür außer den eigenen Angaben der Untersuchten auch die Tatsache spricht, daß die Leistung von der Intelligenz in weitem Maße unabhängig ist. Daß jedoch neben der Auffassung auch das Kombinationsvermögen zuweilen eine Rolle spielt, geht aus den Fällen hervor, in denen überlegend zwischen zwei Vorstellungen gewählt wird, oder bei denen eine gewisse Zurückhaltung beobachtet wird. In Fällen mit schlechtem Resultat bietet dieses Zweifeln für die Beurteilung eine gewisse Schwierigkeit; ist das Resultat jedoch gut, so kann man auf jeden Fall auf eine ungestörte Auffassung schließen.

Die Unterschiede werden von Normalen meist ziemlich vollständig angegeben, selbst dann, wenn ziemlich viel Unterschiede vorhanden sind, z. B. Schiff Nr. 5. Einige Unterschiede werden dagegen fast nie bemerkt, so z. B. die Vollendung des Kreises bei Kanone. Gewöhnlich ist dann e i n sehr auffallender Unterschied vorhanden, der die Aufmerksamkeit ablenkt. Außerdem schwächt manchmal eine Reihe leicht wahrzunehmender Unterschiede bei aufeinander folgenden Bildern die Aufmerksamkeit ab.

Die Art, wie die Unterschiede normalerweise angegeben werden, ist sehr verschieden. Nur mit dem Finger zeigen kommt jedoch sehr selten vor. Normale, die schwer erkennen, benennen einzelne Teile selten mit Namen, das Umgekehrte kann man jedoch nicht behaupten. Einzelne Unterteile werden fast ohne Ausnahme mit Namen bezeichnet. Hier und da kommen dabei auch bei Normalen Wortneubildungen vor, vereinzelt auch Paraphasie, manchmal mit deutlicher Neigung zum Haftenbleiben. Manchmal werden auch an Stelle der richtigen Antwort nicht bestehende Unterschiede angegeben. Während z. B. von 20 Normalen bei Fahrrad Nr. 9 zwei angaben, daß nichts verändert sei, gaben 4 nur einen falschen Unterschied an.

Auch die U n t e r s u c h u n g d e r A s s o z i a t i o n e n, obgleich nicht so regelmäßig angewandt —im ganzen nur bei 10 Patienten —, verlangt eine kurze Einleitung, hauptsächlich was die Technik betrifft.

[1]) *E. Reiß*, Klin.-psych. Untersuchungen an Alkoholberauschten. Psych. Arbeiten, Bd. V, Heft 3, S. 397.

Es wurden zwei Methoden angewandt: die fortlaufende- und die Antwort- Methode. Bei der fortlaufenden Methode wurde kein Ausgangwort genannt, sondern die Aufgabe gestellt, 50 Hauptwörter zu nennen. Wurde die Aufgabe nicht begriffen, so wurde gesagt, Wörter zu nennen, vor die man „der“, „die“ oder „das“ setzen kann. Fast ohne Ausnahme wurden von den Gesunden Hauptwörter genannt. Im äußersten Fall wurden einige Beispiele genannt; aber nur ausnahmweise wirkten diese dann als Reizworte. Bei der zweiten Methode wurde zuerst immer ein Reizwort genannt; auch bei dieser Methode wurden je 50 Aufgaben gestellt. Bezüglich der grammatikalischen Form wurden meist keine Vorschriften gegeben; manche Personen wandten selbst kurze Sätze an. (NB.! nicht gerade die wenigst intelligenten, wie man nach manchen Mitteilungen vielleicht erwartet hätte.)

Obschon auch mehrsilbige Reizworte gebraucht wurden, sind vorzeitige Reaktionen bei Gesunden nie vorgekommen. Das Reizwort wurde vorher nicht durch ein Zeichen angekündigt; die Reaktionzeit wurde mit der Fünftel-Sekunden-Uhr bestimmt. Bei der Untersuchung nach dieser Methode ist also den Zeitangaben nur ein ungefährer Wert beizumessen.

Die Assoziationen schrieb ich auf, bei der fortlaufenden Methode ist es jedoch zweimal vorgekommen, daß ich mit dem Aufschreiben nicht folgen konnte. Eine nähere Erklärung der Assoziationen wurde nie verlangt.

Die übrigen Methoden können später behandelt werden.

## Beobachtungen an Patienten.

Was die Motilität betrifft, so ist eine verringerte willkürliche Muskelkraft jedenfalls das gewöhnlichste. Jede Pflegerin weiß, wie bleischwer die Patienten manchmal beim Umbetten sind; dem Arzt fällt es schon als etwas ganz Besonderes auf, wenn der Kranke spontan die Hand gibt. Wahrscheinlich wird allgemeine Schwäche wohl die Hauptursache sein. Bei manchen Erscheinungen genügt jedoch eine so einfache Erklärung nicht. Z. B. kam es vor, daß ein Patient auf Aufforderung zwar die Zunge heraussteckte, sie dann aber auch so ließ, bis die Schwester den Patienten veranlaßte, die Zunge wieder hineinzustecken. *Dieuzaide*[1]) hat dieselbe Erscheinung bei Typhuspatienten beobachtet. Auch sehr deutliche Hyper-

[1]) *Ch. Dieuzaide*, Des troubles intellectuelles transitoires de la fièvre typhoide chez l'enfant. Dissertation. Paris 1903, S. 15.



kinese kommt vor. Der Patient wird unruhig, dreht sich herum, will aus dem Bett, steht sogar tatsächlich auf. Bei der Untersuchung zeigt sich dann häufig, daß die Patienten halluzinieren, manchmal wird der Bewegungsdrang jedoch von den Patienten mit Langeweile oder ähnlichen Gründen erklärt.

Eigentümlich ist es auch, daß Patienten, die während des Stadium fastigii stark benommen waren, während der Rekonvaleszenz einen leichten Rededrang zeigten und zwar unabhängig davon, ob man sich speziell mit ihnen beschäftigte oder nicht.

Von großer Bedeutung für die Untersuchung und die Erklärung der Erscheinungen ist die sehr große Ermüdbarkeit der Patienten. Die Patienten sind oft nicht einmal imstande, die Schnabeltasse auf einmal auszutrinken. Die meisten Patienten fangen oft schon nach einer kurzen Untersuchung stark zu schwitzen oder zu keuchen an, klagen über Kopfschmerzen oder Brechreiz. Das subjektive Gefühl von Ermüdung kommt dabei oft stark zum Vorschein, selbst dann, wenn sonst Apathie besteht. Bei einem Deliranten war dieses Gefühl sogar so stark, daß er jeder experimentellen Untersuchung sehr schnell ein Ende machte mit der Erklärung: eine derartige Untersuchung — die übrigens nie länger wie 5—10 Min. dauerte und nur mit den nötigen Vorsichtmaßregeln vorgenommen wurde — sei für ihn zu anstrengend. Nur bei einem Patienten schien die Ermüdbarkeit gänzlich zu fehlen. Wahrscheinlich ist hieraus auch das Verhalten gegen Umgebung und Besuch zu erklären. Meist sprechen die Patienten sehr wenig, und das ist dann gewöhnlich das einzige, was der Umgebung von psychischen Erscheinungen auffällt.

In schwereren Fällen ist der Schlaf häufig gestört. Unter Tag, selbst während der Untersuchung, schlafen die Patienten wiederholt ein, ohne jedoch in tiefen Schlaf zu fallen.

Mit dem psychischen Zustand hängt auch die oft bemerkte Unreinlichkeit und Retention zusammen.

Auf die Erscheinungen auf sensibelem und sensorischem Gebiet gehe ich hier nicht ein. Gerade auf diesem Gebiet ist ziemlich viel veröffentlicht worden, und es ist daher



auch nicht zu erwarten, daß meine Beobachtungen in dieser Hinsicht irgend etwas Neues ergeben.

Von gewisser Bedeutung ist vielleicht die Tatsache, daß ich bei zwei Patienten — beide jedoch Kinder — eine ähnliche Erscheinung wahrnehmen konnte, wie *Liepmann*[1]) sie als „Druckvisionen" bei Alkoholdeliranten beschrieb. Der Versuch gelang mir[2]) bei diesen Patienten jedoch nicht ohne einige suggestive Fragen; *v. Kraft-Ebing*[3]) und *Friedländer*[4]) berichten Fälle, bei denen durch Schließen der Augen schon Halluzinationen auftraten. Der Versuch, die Visionen nur suggestiv, ohne Augenschluß hervorzurufen (*Bonhoeffer*) wurde leider versäumt.

Ebenso brauchen die affektiven Störungen bei Typhus nicht besprochen zu werden. Der Mitteilung wert scheint mir nur, daß die Patienten auffallend schnell zu weinen anfangen, und daß wiederum im Rekonvaleszenzstadium oft eine gewisse Ausgelassenheit auftritt, die sich vielleicht als Rekonvaleszenz-Euphorie mit leichtem Rededrang [5]) charakterisieren ließe. Außerdem werden manchmal Abenteuer, die die Patienten erlebt zu haben glauben, mit einer gewissen Komik erzählt. Das subjektive Krankheitgefühl ist schwer zu generalisieren. Im Prodromalstadium ist das subjektive Krankheitgefühl fast ausnahmlos ziemlich stark vorhanden. Im Stadium fastigii besteht bei den meisten Patienten Apathie. Doch gibt es auch ziemlich benommen aussehende Patienten, die nur nicht von selbst spontan klagen, bei denen aber doch bei Nachfrage Krankheitgefühl vorhanden zu sein scheint.

Die Aufmerksamkeitstörungen ließen sich mit Hilfe von verschiedenen Methoden untersuchen. Nur nebenbei möchte ich die Untersuchung mit der Stimmgabel mit federndem

[1]) *H. Liepmann*, Über die Delirien der Alkoholisten usw. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXVII.

[2]) a. a. O., S. 11 u. 12.

[3]) a. a. O., S. 20.

[4]) a. a. O., S. 17.

[5]) Die Übereinstimmung mit ähnlichen Zuständen nach depressiven Psychosen läßt die Frage entstehen, ob die letzteren, wenigstens für einen Teil der Fälle, nicht doch als physiologische Reaktionen im Sinne der älteren Psychiatrie angesehen werden dürfen.



Hammer erwähnen; es hat ziemlich lange gedauert, bis ich eine einigermaßen befriedigende Anwendungsmethode gefunden hatte, daher genügen auch nur die Untersuchungsergebnisse von 11 Patienten. Schließlich wurde auf folgende Weise vorgegangen: Eine Stimmgabel mit federndem Hammer (also konstanter Ausschwingungzeit) wurde vor dem Ohr der Patienten angeschlagen mit der Aufforderung: „Sagen, wenn's aufhört". Wenn der Patient nun nach n Sekunden angab, nichts mehr zu hören, wurde die Stimmgabel gedämpft und außer Hörweite des Patienten wieder angeschlagen und erst nach n Sekunden an das Ohr des Patienten gehalten. Wurde nun der Ton nach n+a Sekunden nicht mehr gehört, dann wurde die Stimmgabel auf dieselbe Weise nach n+a Sekunden wieder an das Ohr gehalten und dann so weiter, bis der Patient direkt angab, nichts mehr zu hören. Bis zu einem gewissen Grade war es also möglich, sich mit Hilfe dieser Methode eine Vorstellung davon zu machen:

1. ob der absolute Wert des gerade noch wahrnehmbaren Reizes derselbe oder ein anderer ist wie bei Normalen.

2. inwieweit es möglich ist, die Aufmerksamkeit für eine derartige Untersuchung wach zu erhalten.

Es ergab sich:

1. daß bei den auf diese Weise untersuchten Patienten, mit Ausnahme von zweien, der erste Zeitabschnitt 6″ bis 25″ kürzer war wie nach der Genesung;

2. daß die Tonstärke, bei der die Patienten sofort angaben, nichts mehr zu hören, bei 6 Patienten größer war wie nach der Genesung, bei 5 Patienten sich gleich blieb;

3. daß diese Tonstärke bei manchen Patienten in einer gleichen oder sogar kleineren Anzahl Perioden erreicht wurde wie nach der Genesung — wobei allerdings zu bemerken ist, daß bei einigen nicht derselbe Schlußwert erreicht werden konnte;

4. daß bei anderen Patienten die Zahl der Perioden größer war; bei einem Patienten mit ziemlich starker Bewußtseinstörung wurde sogar das folgende Resultat erreicht:

Stimmgabel $C^2$ das erste Mal 21″, 2. Periode 21″—35″, 3. Periode 35″—43″, 4. Periode 42″—49″, 5. Periode 49″—52″, 6. Periode 52″—57″. Nach 57 Sekunden wurde nichts gehört.



Nach seiner Genesung hörte er den Ton:

das erste Mal bis 35″, 2. Periode 35″—59″, 3. Periode 59″—70″. Nach 70″ hörte er den Ton nicht mehr.

Ich glaube aus diesen Resultaten schließen zu können, daß die Anspannung der Aufmerksamkeit fast stets erschwert ist. Gelingt es, die Aufmerksamkeit auch für schwächere Töne zu wecken, dann wird der Minimalreiz, der für die Aufmerksamkeit nach der Genesung gerade genügt, manchmal auch während der Krankheit gehört. Bei Patienten mit starken psychischen Störungen scheint dieser Minimalreiz gewöhnlich nicht zu genügen, obgleich auch bei solchen einmal dasselbe Endresultat erreicht wurde.

Bei der Untersuchung mit den *Heilbronner*schen Bildchen schien bei einem Teil der Patienten das Unterscheidungsvermögen nicht stark gestört zu sein, jedenfalls nicht so stark, als man nach dem Gesamteindruck der Kranken erwartet hätte. Doch war vor allem bei delirierenden Patienten das Unterscheidungsvermögen während der Krankheit etwas geringer wie in gesundem Zustand. Bei einem Kranken konnte sogar ein auffallender Unterschied in der Art, wie er während seiner deliranten Periode und während eines Relapses mit hohem Fieber die Unterschiede angab, beobachtet werden. Natürlich muß man auch mit der Tatsache rechnen, daß das Nichtangeben der Unterschiede nicht auch das Nichtbemerken beweist. Manchmal erzielte man durch Zureden eine ausreichende Antwort, die vorher ausgeblieben war.

Eigentümlich ist jedenfalls, daß einer der Patienten, in einer Periode, wo er, unrein mit Urin und Fäzes, einen sehr benommenen Eindruck machte, bei „Kirche" einige Unterschiede — kleine Fehler, die zufällig beim Zeichnen entstanden waren — angab, die von den von mir untersuchten Normalen niemals bemerkt worden waren.

Eine Untersuchung nach *Bourdon* konnte nur bei zwei Patienten angewandt werden und wurde nie länger wie eine Min. ausgedehnt. Dabei ergab sich, daß diese Patienten während des Stadium fastigii keinen einzigen, resp. einen Fehler machten, und daß bei einem während der Rekonvaleszenz die Zahl der Fehler (aller-

dings auch die Gesamtleistung) nicht unerheblich zunahm; das Resultat in einer Minute (es werden in der hiesigen Klinik dazu stets dieselben vorgedruckten Bogen benutzt) war nämlich:

| | Während des Typhus | In der Rekonvaleszenz |
|---|---|---|
| P. 1 | 8 (von 9) n's auf 94 Buchstaben. | 14 (von 21) n's auf 200 Buchstaben |
| P. 2 | 13 (von 13) n's „ 118 „ | 16 (von 17) n's „ 154 „ |

Auch ohne besondere Hilfsmittel zeigt sich, daß die Aufmerksamkeit viel leichter zu erregen ist, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. So kam es vor, daß ein Kranker mit hoher Kontinua am zweiten Tag meinen Namen wußte, den er am vorhergehenden Tag zufällig gehört hatte; ein anderer Kranker, der in schwer typhösem Zustand — peritonitische Erscheinungen und Unreinlichkeit — aufgenommen wurde, zahlreiche Details angeben konnte, die er in den ersten Tagen bemerkt haben mußte. So erzählte er mir von einem Streit zwischen anderen Kranken, von Unregelmäßigkeiten, die sich eine Lehrschwester hatte zuschulden kommen lassen, und die von der Oberschwester entdeckt wurde, von dem Bekleben des Geschirrs usw., alles Dinge, die ich zufällig genau kontrollieren konnte, und die sich tatsächlich als richtig erwiesen. Da der Patient, sobald die Art seiner Krankheit festgestellt war, auf eine ganz andere Abteilung gebracht wurde, gewinnt diese Erscheinung um so mehr Bedeutung.

Aus den Protokollen wären diese Beispiele noch durch Angaben anderer Patienten zu vermehren. Man wird aber doch wohl derartige Erscheinungen als vereinzelt ansehen müssen; vielleicht sind sie damit zu erklären, daß die Kranken hier und da aus ihrem habituellen Zustand aufgeweckt werden, um so mehr, da ich häufig die Erfahrung gemacht habe, daß die Kranken doch sehr selten den in ihrer unmittelbaren Nähe geführten Gesprächen folgten und eine Reihe täglich wiederkehrender Prozeduren, sie selbst oder ihre Mitpatienten betreffend, keinen Eindruck gemacht zu haben schienen (über den Anteil der Merkfähigkeit s. u.).

Besonders wenn die Patienten wieder anfingen, gesprächiger zu werden, trat dies noch deutlicher zutage, woraus man zu dem Schluß verleitet werden könnte, daß die habituelle Aufmerksamkeit während der Rekonvaleszenz im Vergleich mit der eigentlichen Krankheitzeit



stärker gestört ist. Beachtung verdient noch, daß die Fixierbarkeit bei delirierenden Typhuspatienten sicher viel größer ist als man erwarten sollte.

Anhangweise sollen hier noch zwei Störungen besprochen werden, die — ob mit Recht oder mit Unrecht bleibe hier dahingestellt — mit der Aufmerksamkeit in Verbindung gebracht werden: nämlich die Ablenkbarkeit und die Ideenflucht. Von Ablenkbarkeit habe ich wenig bemerkt. Leichte Andeutungen fanden sich bei einem Kranken [1]), der in der vorhergehenden Nacht deliriert hatte und noch am folgenden Tag von einem abenteuerlichen Kampf erzählte. Sehr deutlich zeigte sich das Symptom bei einem stark delirierenden Patienten. Beim Wegnehmen des Bettisches erwähnt der Kranke, daß etwas daran zerbrochen ist; wie ich unmittelbar nachher anfange aufzuschreiben, daß ich von ihm nichts aufzuschreiben brauche; auf das Lachen der Schwestern erklärt er, daß diese mich auslachten und daß ich ein dickes Gesicht hätte. Auf Klopfen am Bett, sonst ein so gutes Reagens auf Ablenkbarkeit, reagiert er aber gar nicht. Bei Fieberpsychosen während Typhus hat *Kraepelin* [2]) Ideenflucht in starkem Maße gefunden. *Heilbronner* [3]) hat darauf hingewiesen, daß in dieser Hinsicht die Bildchen für die Untersuchung von Nutzen sind. Einmal gelang es auch auf diese Weise sehr treffende Angaben zu erhalten. Eine Kranke, die am vorhergehenden Tag einen Suizidversuch gemacht hatte, bemerkte als Unterschied bei Mühle Nr. 4:

„Das gehört nach Leerdam, zu Linge, wo so viel Wasser ist, wo es die Drehdinger gibt und Schafe und kleine Füßchen; da bekommt man die Eier umsonst (vorher waren Ostereier in den Saal gebracht worden), die fallen vom Himmel, mein Mann macht nicht viel Musik.“

Auch bei andern Bildchen zeigte sich bei dieser Kranken Ideenflucht.

Andrerseits fiel es mir doch sehr auf, daß manchmal auch bei stark delirierenden Patienten weder beim Zeigen der Meggendorferschen Bilder, noch bei der eben erwähnten Methode Ideenflucht zum Vorschein kam.

---

[1]) a. a. O., Dissertation S. 107.

[2]) *E. Kraepelin*, Über den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Nervenkrankheiten. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XII, S. 290.

[3]) a. a. O., S. 126.

Weiter werden paraphasische Erscheinungen hin und wieder bemerkt. Paraphasie beim Benennen der *Heilbronner*schen Bildchen und beim Bezeichnen der Unterschiede war bei drei Patienten deutlich vorhanden und zwar in stärkerem Maße wie bei Normalen. Ein einziges Mal kam auch beim Multiplizieren Paraphasie vor:

$$15 \times 3 \quad 3 \times 3 = 30, \quad 5 \times 3 = 15, \ 45.$$
$$13 \times 8 \quad 3 \times 10 = 30, \ 10 \times 3 = 24, \ 44, \ 45.$$

Keinenfalls war die Paraphasie so stark, wie *Bonhoeffer* [1]) sie manchmal bei Alkoholdeliranten gefunden hatte. Wiederholte man fragend die Antwort, so wurde sie meist sofort korrigiert. Die Erscheinung wird also wohl mit der Aufmerksamkeit in Zusammenhang stehen. Eigentümlich ist auch, daß bei einigen Patienten mit verschiedenen Symptomen, die an starke physiologische Ermüdung erinnern, keine Paraphasie vorhanden war.

Beim Lesen von kleingedruckter Schrift war besonders die Verlangsamung häufig deutlich. Für diese Untersuchungen wurde die holländische Ausgabe von 1885 der Schriftproben von *Snellen* gebraucht, mit gewöhnlichem Druck, der von Normalen auf D = 0,5 gelesen wird. Im Durchschnitt wurde der erste Satz von den von mir untersuchten Normalen in $13^4/_5''$ gelesen (kürzeste Zeit $10^2/_5''$, längste 20″). Bei den Kranken kamen sogar 30″, 35″ und 39″ vor. Eine Reihe stark benommener Patienten behauptete, daß die Buchstaben zu klein seien, die sie nach ihrer Wiederherstellung jedoch ganz gut lesen konnten. Wenn überhaupt gelesen wurde, so war die Zahl der Fehler von denen der Normalen nicht merklich verschieden. Zu meinem Bedauern fehlen für einige delirierende Patienten die Angaben. Doch geht wohl aus dem Resultat bei benommenen Patienten deutlich hervor, daß die Bewußtseinstörung als solche wohl nicht die große Zahl Paralexien erklärt, die bei manchen anderen Delirien vorkommen (s. z. B. *Bonhoeffer*, S. 23).

Die Resultate einiger Patienten beim Benennen der *Heilbronner*schen Bildchen möchte ich vollständig wiedergeben.

---

[1]) *C. Bonhoeffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker, 1901.

Ein Patient erkannte zu einer Zeit, in der er während der Untersuchung die Namen der Ärzte schnell vergaß und außerdem unreinlich war, Fahrrad bei Nr. 4, Baum, Schiff, Luftballon und Mühle bei Nr. 1. Am vorhergehenden Tage, an dem er noch nicht so stark benommen war, erkannte er Kirche bei Nr. 1, Kanone bei Nr. 3, Schubkarre bei Nr. 3, Fisch bei Nr. 1. Da dies die einzigen Bildchen sind, die ihm in diesen Tagen gezeigt wurden, so ist das Resultat jedenfalls überraschend gut.

Ein anderer benommener Kranker erkannte ebenfalls die Bilder sehr gut.

Die S. 740 genannte Patientin mit deutlicher Ideenflucht am Tage nach einem Suizidversuch — wobei übrigens bemerkt sei, daß sie am Tage der Untersuchung stark konfabulierte — erkannte Kirche, Baum, Schubkarre, Mühle, Fisch bei Nr. 1, Kanone und Schiff bei Nr. 2 resp. 3. Andere Bildchen wurden ihr an dem Tage nicht gezeigt. Auffallend war dabei:

1. Daß die Patientin nur mit einiger Mühe das richtige Wort finden konnte;

2. daß die Patientin auffallend stark individualisierte: Kirche Nr. 2 = Turm von Kortenhoef, Baum Nr. 3 = indischer Feigendattelbaum, Kanone Nr. 3 = fliegendes Ding vom Schlachthof, Fisch Nr. 1 = Hecht, Mühle Nr. 6 = Grabdenkmal für den Pastor, Mühle Nr. 8 = großes Wasser bei Dordrecht, Mühle Nr. 4 = gehört nach Leerdam;

3. Daß häufig die erste, richtige Auffassung spontan aufgegeben wurde, sobald mehrere Details hinzukamen, und statt dessen unsinnige Behauptungen aufgestellt wurden. So wurde z. B. Mühle, die bei Nr. 1 sofort richtig benannt wurde, bei Nr. 2 = Nord-Holländische Bäuerin und bei Nr. 6 = Grabdenkmal für den Pastor.

Der S. 740 bei der Ablenkbarkeit erwähnte Patient mit deutlich ausgesprochenem Fieberdelirium und starker Orientierungsstörung erkannte Kirche bei Nr. 5, Fisch bei Nr. 1, Mühle bei Nr. 5, Baum bei Nr. 1, Kanone bei Nr. 3, Schubkarre bei Nr. 1, Pumpe bei Nr. 6, Luftballon bei Nr. 1. Wer mit dieser Untersuchungsmethode bekannt ist, wird dieses Ergebnis gewiß als sehr befriedigende Leistung anerkennen.

Ein anderer delirierender Kranker erkannte während seiner Krankheit Kirche, Schubkarre, Kanone, Luftballon bei Nr. 1, Baum und Fisch bei Nr. 2, Pumpe und Schmetterling bei Nr. 3, Uhr bei Nr. 5, ein Resultat, das jedenfalls als auffallend gut zu bezeichnen ist

Diese Beispiele könnten noch mit einer Reihe ebenso überraschender, aber von weniger schwer kranken Patienten herrührend, vervollständigt werden.

Bei drei Kranken war das Resultat ausgesprochen schlecht.





Der Patient, der am allerschlechtesten erkannte (Kirche bei Nr. 7, Baum bei Nr. 2, Schiff bei Nr. 4, Luftballon bei Nr. 1, Pumpe bei Nr. 6, Kanone und Schubkarren überhaupt nicht) war immer vollständig orientiert und hatte jedenfalls keine bedeutende Denkstörung, multiplizierte u. a. während der Krankheit ebenso gut wie nach der Wiederherstellung; das Erkennungsvermögen für die Bildchen blieb auch nach der Genesung schlecht. Ich glaube, daß man hier viel eher an eine individuelle Eigentümlichkeit als an eine isolierte Störung des Erkennens der Bildchen denken muß. Ob dies bei den beiden andern Kranken auch der Fall ist, ist nicht so leicht zu entscheiden. Zwar erkennen sie direkt vor ihrer Entlassung auch noch schlecht, wer aber die Krankengeschichten durchgeht, dem könnte es doch fraglich scheinen, ob diese Patienten psychisch wirklich vollständig wieder gesund waren, oder ob nicht auch jetzt noch an dem schlechten Erkennen eine noch nicht restituierte psychische Alteration schuld war. Meiner Meinung nach ist das sicher nicht der Fall, da von den verschiedensten Typhuspatienten, mit und ohne augenfällige psychische Störungen, eine überwiegend große Zahl guter Resultate erhalten wurde, während unter 20 Normalen, wie aus den Protokollen hervorgeht, sicher eine ebenso große Anzahl mit mindestens ebenso schlechtem, oder noch schlechterem Erkennungsvermögen zu finden sind. Außerdem waren die erwähnten Kranken oft sehr geschickt beim — ungefragt! — Benennen der einzelnen Teile. Ich glaube also, daß man mit vollem Recht auf ein gutes Erkennungsvermögen bei Typhuspatienten schließen darf. Besondere Erwähnung verdient noch die Tatsache, daß alle Patienten ohne Ausnahme nur sehr selten unsinnige Antworten gaben, daß sie viel eher mit: „ich weiß nicht“ reagierten, als daß sie unsinnige Behauptungen aufstellten. Auch dies steht wieder in scharfem Kontrast mit den bei Alkoholdeliranten erhaltenen Resultaten. Ob die Reaktionzeit länger ist, wage ich nicht zu behaupten. Meines Erachtens ist die Methode dafür nicht besonders geeignet. Wohl aber glaube ich sagen zu können, daß, wenn eine Verlängerung besteht, diese jedenfalls nicht erheblich sein kann.

Auch die Auffassung für akustische Eindrücke ließ im allgemeinen bei den durch mich untersuchten Patienten nichts zu wünschen übrig.





Trotzdem wurde eine Reihe einfacher Fragen mangelhaft beantwortet. Manchmal wurde nur ein einziges Wort aus einem Satz erfaßt, und die Antwort richtete sich dann darnach:

Kennen Sie mich? (Holländisch my gespr. = mei) Antw.: Es ist voriges Jahr auch Mai gewesen.

Manchmal wird auch die Frage ganz falsch aufgefaßt:

Wie schlafen Sie? Antw.: Auf dieser Seite.

Was für ein Zimmer? Antw.: Tapeziert und mit weißer Decke.

Was bin ich? Antw.: Katholisch.

Diese Art der Antworten, manchmal mit einer gewissen Reizbarkeit, manchmal mit Echolalie verbunden, erinnert stark an die physiologische Schlaftrunkenheit.

Aufmerksamkeitstörungen spielen dabei gewiß häufig eine Rolle. Zum Teil mag die Erscheinung auch auf ungenügende Verarbeitung der Frage beruhen. Darauf braucht wohl kaum besonders hingewiesen zu werden, daß die hin und wieder bei Deliranten vorkommende Unterbrechung durch Halluzinationen etwas ganz anderes ist. Nach den erhaltenen Resultaten glaube ich mit Recht annehmen zu dürfen, daß das Auffassungsvermögen bei Typhus entweder gar nicht oder nur sehr wenig gestört ist. *Aschaffenburg* [1]) hat bei Initialdelirien für Fragen eine sehr erschwerte Auffassung beobachtet. Ausdrücklich möchte ich betonen, daß diese Periode der Krankheit sich gänzlich der Beobachtung entzog, da alle unsere Patienten später aufgenommen waren.

Eine Reihe von Untersuchungen gaben uns Gelegenheit, auch die Merkfähigkeit zu beurteilen.

Auf Störungen von alten Erinnerungen wurde nicht eingehender untersucht. Aus gelegentlichen Beobachtungen ergab sich aber, daß derartig schwere Störungen, wie *Graindorge* [2]) sie berichtet, bei den durch mich untersuchten Patienten sicher fehlten.

Zur Verdeutlichung seien die Erinnerungen während der Krankheit folgendermaßen verteilt:

1. Erinnerungen während des Stadium fastigii an direkt davor liegende Ereignisse;

---

[1]) a. a. O., S. 83.

[2]) *R. Graindorge*, Contribution à l'étude des troubles de la mémoire dans la fièvre typhoide, 1907.



2. Merkfähigkeitstörungen in der Periode der schwersten psychischen Störungen;

3. nach der Wiedergenesung verbliebene Reste von während der Krankheit erhaltenen Eindrücken.

Ad 1. Kein einigermaßen erfahrener Arzt wird von jedem Typhuspatienten selbst genaue anamnestische Angaben erwarten. Es gibt allerdings Fälle, sogar solche mit einem gewissen Grad von Benommenheit, die vollständig genügende Angaben machen können. Man darf dabei nicht vergessen, daß sich selten feststellen läßt, ob der Zustand der Patienten zu Hause noch ein derartiger war, daß sie imstande waren neue Eindrücke aufzunehmen. Natürlich konnte diese Periode für experimentelle Untersuchungen absolut nicht benutzt werden.

Ad 2. Diese Periode bietet der Untersuchung ein weites Feld. Von einer „Diagnose der reinen Haftstörung, des absoluten Vergessens" ist dabei allerdings keine Rede (*Döblin*[1])).

Wir zeigen nur, wie der Patient reproduziert. Ist die Reproduktion gut, so ist dies ein Beweis, daß die Merkfähigkeit nicht gestört ist. Ist die Reproduktion dagegen schlecht, so kann dies auch eine Folge von Störungen der Aufmerksamkeit, der Auffassung oder des Reproduktionsvermögens sein. Erst wenn es auf Grund anderer Untersuchungen geglückt ist, alle diese Faktoren auszuschließen — was wohl nicht sobald der Fall sein wird — wird man von schlechter Reproduktion ohne weiteres auf eine Störung der Merkfähigkeit schließen können.

So kam es vor, daß ein Patient, der sich nicht mehr an den am selben Tag stattgehabten Besuch seines Vaters erinnern konnte, durch das Zeigen einer für ihn mitgebrachten Kölnischwasserflasche wieder an den Besuch erinnert wurde. Nun muß man allerdings auch mit der Möglichkeit von Konfabulation rechnen, die fälschlich Erinnerung vortäuschen könnte. Beispiele so ausschließlicher Reproduktionstörung, wie bei der durch *Heilbronner*[2]) untersuchten Eklamptika konnte ich nicht eruieren.

[1]) *A. Döblin*, Gedächtnisstörungen bei der *Korsakow*schen Psychose, Dissertation. Berlin 1905.

[2]) *K. Heilbronner*, Studien über eine eklamptische Psychose. Monatsschrift f. Psych., Bd. XVII.



Hauptsächlich dienten optische Reize als Hilfsmittel für die Untersuchung, wobei allerdings an die Bemerkung *Döblins* erinnert sei, daß wir die Merkfähigkeit niemals ausschließlich für ein bestimmtes Sinnesgebiet untersuchen können.

Beim Zeigen einer Anzahl Gegenstände in natura, die 24 Stunden lang behalten werden mußten, kamen sehr wenig Störungen zum Vorschein; die Aufgabe wurde sogar von einem Patienten, der durch seine konfabulatorischen Erzählungen zuerst den Eindruck einer *Korsakow*-Psychose machte, gut gelöst.

Eine etwas schwierigere Aufgabe war die folgende: eine farbige Abbildung eines Schmetterlings wurde mit fünf andern auf einer Postkarte gezeigt und dann am folgenden Tag zwischen 13 aus andern Karten ausgeschnittenen wieder vorgelegt. Von 18 auf diese Weise untersuchten Normalen waren nur vier nicht imstande, den Schmetterling zu zeigen. Von sieben Patienten, denen während der Krankheit diese Aufgabe gestellt wurde, waren drei nicht dazu fähig. Zwei von ihnen zeigten übrigens nur sehr geringe psychische Störungen; es scheint also, daß bei relativ leichten Fällen in dieser Hinsicht Störungen vorhanden sein können; um so mehr als diese beiden Patienten nach ihrer Genesung wohl imstande waren, einen m. E. sogar schwierigeren Schmetterling wiederzuerkennen. Andererseits ist es jedenfalls merkwürdig, daß zwei Kranke direkt nach einer deliranten Periode, noch während hoher Kontinua, diese Aufgabe gut lösten.

Acht Patienten wurden Bilder mit mehreren Gegenständen 11mal vorgelegt, meist während der Rekonvaleszenz (drei Patienten im Stadium fastigii).

Die Bilder (aus „Das erste Buch“, Verlag Meulenhoff) enthalten auf jeder Seite 6—7 Gegenstände und wurden den Kranken drei Minuten lang vorgelegt. An einem Beispiel wurde ihnen vorher erklärt, wie sie eine genaue Beschreibung des Gesehenen machen sollten, und daß ein bloßes Aufzählen der Gegenstände nicht beabsichtigt sei. Nachdem das Buch geschlossen war, fingen die Patienten sofort mit der Beschreibung an.

Es zeigte sich dabei, wie in Kürze mitgeteilt sei, daß häufig alle Gegenstände spontan, auch während des Stadium fastigii, gut aufgezählt wurden, daß aber meistens doch spontan etwas schlechter wiedergegeben wurde wie durch normale Personen. Auch die Be-

schreibung der einzelnen Teile stand im allgemeinen hinter der der Normalen etwas zurück; manchmal war sie jedoch sehr gut.

Die Gegenstände sowie die einzelnen Teile wurden auf Fragen hin meistgut angegeben; daß dabei selbst bei Suggestivfragen wenig konfabuliert wurde, war sehr überraschend.

Im allgemeinen läßt sich aus diesen Versuchen schließen, daß das spontane Reproduktionsvermögen meist etwas, wenn auch nicht erheblich geringer ist wie bei Normalen und daß bei einigen, soweit sich das verfolgen läßt, die Merkfähigkeit gestört ist. Amnestische Konfabulationen spielten jedoch bei dieser Untersuchung eine geringe Rolle.

Nebenbei möchte ich hier darauf hinweisen, daß im gewöhnlichen Gespräch mit den Kranken zeitweise doch wohl konfabuliert wurde, ohne daß sich jedoch mit Sicherheit feststellen ließ, ob diese Konfabulationen als amnestische anzusehen waren. Bei ausgesprochenen Konfabulationen kamen zwar fast immer Störungen der Merkfähigkeit vor, doch waren in diesen Fällen auch immer Delirien vorausgegangen. Es kam vor, daß eine Kranke während des Stadium fastigii plötzlich erzählte, sie habe ein Kind bekommen, und auf Einwendungen hin allerhand Details dazu konfabulierte. Bei der Patientin, die einen Selbstmord versucht hatte[1]), bestanden sicher amnestische Störungen und ebenso ausgesprochene Konfabulationen. Nach der Untersuchung mit den *Heilbronner*schen Bildchen erzählte sie z. B. spontan der Schwester, sie habe lauter Photographien von Bekannten gesehen. Sicher schließen auch höhere Grade von Benommenheit Konfabulationen nicht aus, wie ich bei zwei Patienten deutlich beobachten konnte. Doch möchte ich nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, daß amnestische Konfabulationen viel seltener vorkommen, als ich nach der doch ziemlich bedeutenden Rolle, die die Psychose von *Korsakow* in der Typhuspsychiatrie zu spielen anfängt, erwartet hatte.

Ad 3. Bei der Nachfrage nach der Genesung nach Ereignissen während der Krankheit schienen häufig sogar dann Erinnerungen zu bestehen, wenn der Patient während der Krankheit nur sehr ungenügende Auskunft über manche Perioden geben konnte. Manchmal zweifelten die Patienten selbst, ob es nicht am Ende nur ein Traum

[1]) *A. Hendriks*, a. a. O., S. 181. (In der Krankengeschichte wird ausdrücklich mitgeteilt, daß es ein Strangulationsversuch war. Ich glaube dies auch hier in Hinsicht auf die bekannten Beobachtungen *Wollenbergs* u. a. nicht unerwähnt lassen zu dürfen.)



gewesen sei. Auf der andern Seite schienen manchmal Patienten, die während ihrer Krankheit nur relativ leichte psychische Störungen gezeigt hatten, an Erinnerungsdefekten zu leiden.

Zweimal bot sich Gelegenheit, zu beobachten, was Patienten nach ihrer Wiederherstellung von den Bildern mit mehreren Gegenständen, die ihnen einen Monat zuvor gezeigt worden waren, noch wußten. Von sechs Gegenständen gab der eine Patient vier spontan an, auf Nachfragen wurde nur ein Gegenstand nicht genannt. Der andere Patient wußte spontan nur zwei Gegenstände anzugeben, konnte dann aber auf Nachfrage von den sechs Gegenständen noch fünf richtig benennen.

Zwei Normale, die ich auf diese Weise untersuchte, wußten nach vier Monaten von sechs Gegenständen noch drei resp. vier, auf Nachfrage alle anzugeben. Allerdings muß dazu bemerkt werden, daß einer der Normalen anfing zu konfabulieren, wenn er sich an einen Gegenstand nicht erinnern konnte, was bei diesem Versuch bei Patienten nicht vorkam.

Ein dritter Patient, der jedenfalls zur Zeit der Bilduntersuchung schwer krank war, nannte spontan nach einem Monat bei einer Assoziations-Untersuchung fünf von den sechs Gegenstandbezeichnungen in richtiger Reihenfolge.

Eine reiche Fülle von Ergebnissen sowohl für die zweite wie für die dritte Periode bietet uns die Methode von *Heilbronner*. Zunächst werden manchmal die während der Krankheit nur einmal gezeigten Bildchen über einen Monat später mit überraschender Genauigkeit ausgesucht; unbekannte werden fast nie als bekannte angegeben.

Wie bekannt, hat *Heilbronner* einige Bildchen (Schmetterling, Pumpe, Uhr) aufgenommen, die nicht sofort zu erkennen sind. Werden diese Serien später wieder gezeigt, dann konstatiert man bei Normalen ziemlich allgemein schon beim ersten Bildchen einer Serie, wenigstens wenn man die Frage danach einrichtet, daß sie sich daran erinnern, was es werden muß. Es zeigt sich, daß eine Anzahl Patienten in dieser Hinsicht keine Ausnahme bildet; darunter waren auch einige Patienten mit ausgesprochenen psychischen Störungen. Es kam einige Male vor, daß ein Kranker, der zur Zeit der ersten Untersuchung noch leicht delirierte und zeitlich nicht orientiert war, zwei Tage später den Schmetterling bei Nr. 1 erkannte. — Andere Patienten wieder scheinen eine vollständige Amnesie zu haben, ihnen sind



während ihrer Bewußtseinstörung die Bildchen jedesmal wieder vollkommen fremd. So wurde an auf einanderfolgenden Tagen von einem Kranken Pumpe Nr. 2 als Handkoffer, Wage und Kiste angesehen, ebenso Mühle Nr. 2: das erste Mal — nichts, dann Treppe und Plättbrett, während derselbe Patient nach seiner Genesung nach einer Pause von fünf Tagen Trambahn bei Nr. 1 erkannte.

Es besteht übrigens noch eine dritte Möglichkeit, an die man zunächst vielleicht nicht denkt. Ich meine nämlich das Haftenbleiben an einer Vorstellung während mehrerer Tage. Daß dies tatsächlich bei Zuständen, bei denen Haftenbleiben beobachtet wird, vorkommt, ist von *Heilbronner* durch Untersuchung Epileptischer [1]) sowie einer Eklamptika [2]) bewiesen.

Hiermit glaube ich auch ohne weiteres erklären zu können, daß bei einer der benommenen, noch fiebernden Kranken an aufeinanderfolgenden Tagen das folgende Resultat erhalten wurde:

Lampe Nr. 1 — Haus, Haus, Haus; Lampe, Lampe.

Kirche Nr. 1 — Taubenschlag, Taubenschlag, Taubenschlag, Taubenschlag, Kirche

Schiff Nr. 1 — Bank, Bank, Bank, Bank, Schiff.

Eine Störung der Merkfähigkeit war bei dieser Kranken ausgeschlossen. Besuch konnte sie jederzeit richtig nennen, die Namen der Ärzte und gezeigte Gegenstände prägten sich ohne Mühe in dieser Zeit gut ein; auf die Frage, was in dem Buch stand, nannte sie sogar hintereinander: „Mühle, Kirche, Haus, Bank, Schiff, Taubenschlag, Lampe". Daß sie die Art der Untersuchung genügend begriffen hatte, zeigte sich darin, daß sie die Unterschiede gut angeben konnte. Wurde jedoch am ersten Tag, nachdem sie Nr. 6 von Schiff erkannt hatte, wieder mit Nr. 4 angefangen, so bezeichnete sie dies wieder mit „Bank". Da sie immer wieder mit derselben Vorstellung reagierte und keine neue Vorstellungen auftraten, so liegt es auf der Hand, an Haftenbleiben zu denken.

Etwas Ähnliches fanden wir auch bei einigen anderen Kranken [3]), deren Zustand ungefähr der gleiche war; die Neigung zum Haftenbleiben zeigte sich hier auch noch in anderer Weise.

Auf die Wiedergabe der perseveratorischen Reaktionen auf sprachlichem Gebiete, wobei es gelegentlich auch zu typischen Kontaminations-

---

[1]) *K. Heilbronner*, Über Haftenbleiben und Stereotypie. Monatsschrift f. Psych., Bd. XVIII.

[2]) a. a. O.

[3]) *A. Hendriks*, a. a. O., S. 63 u. 64.



produkten kam, muß wegen der Übersetzungschwierigkeiten verzichtet werden [1]).

Auch beim gewöhnlichen Fragen trat manchmal Haftenbleiben auf; z. B. bei einem der Patienten:

„Wissen Sie was für ein Tag heute ist?" —
„Überlegen Sie mal!" „Dienstag" (+).
„Wie spät ist es?" (Sieht nach der Uhr)
„Nicht auf die Uhr sehen!" — „Dienstag".

Auch *Bonhoeffer* [2]) hat auf die Perseveration im Rekonvaleszenzstadium eines Typhuspatienten, der *Korsakow*schen Symptomen-Komplex zeigte, hingewiesen. *Aschaffenburg* [3]) berichtet über automatische Wiederholungen eines motorischen Bewegungskomplexes bei Initialdelirien.

Es ist jedenfalls der Mühe wert, in dieser Hinsicht auf die Assoziationsversuche näher einzugehen.

Bei Assoziationen auf ein Reizwort wurde von den Patienten manchmal eine verhältnismäßig geringe Zahl neuer Worte gebraucht. Das Minimum war 42 (auf 50 Reaktionen), wobei dasselbe Wort viermal angewandt wurde.

Nun kann man zwar auch bei Normalen ähnliche Resultate erhalten. *Aschaffenburg* [4]) gibt an, daß normalerweise die Zahl der Wiederholungen zwischen 0 und 6 bis 10 (auf 100) wechselt. Ich selbst erhielt bei Normalen ähnliche Resultate.

Bei der fortlaufenden Methode war jedenfalls die Zahl der verschiedenen Worte häufig auffallend niedrig; bei einem Kranken 33, bei einem anderen 31, während Normale gewöhnlich 48 verschiedene Worte gebrauchten und das Minimum bei ihnen 40 verschiedene Worte waren. Daß Rekonvaleszenten wieder die schlechtesten Resultate lieferten, während von einigen fiebernden Kranken relativ gute Resultate erhalten wurden, ist jedenfalls eigentümlich. Allerdings ist dabei zu bemerken, daß die Patienten, von denen diese schlechten

---

[1]) a. a. O., S. 54 u. 67.

[2]) *K. Bonhoeffer*, Zur Frage der Klassifikation der sympt. Psychosen. Berl. klin. Wochenschrift 1908, Nr. 51, S. 2258.

[3]) a. a. O., S. 88.

[4]) *G. Aschaffenburg*, Exp. Studien über Assoziationen. Psychologische Arbeiten, Bd. I, S. 295.

Resultate stammen, während des Stadium fastigii nicht untersucht werden konnten.

Was die Qualität der Assoziationen betrifft, so fand ich nur geringe oder gar keine Abweichungen vom Normalen. Es fand sich auch hier eine Bestätigung der durch *Kraepelin*[1]) formulierten Erfahrung: „Die Assoziationsreihen unserer Kranken weichen, soweit es sich nicht um Bildungsunterschiede handelt, im allgemeinen sehr wenig von denen der Gesunden ab."

Eine Neigung zu Klangassoziationen, wie *Aschaffenburg* sie bei Erschöpfung und auch bei einem Influenzakranken[2]) fand, konnte ich bei Typhuspatienten nicht finden. Es sei jedoch zugegeben, daß die Zahl der Untersuchungen nicht groß genug war, um im allgemeinen das Vorkommen dieser Art Assoziationen auszuschließen. Wichtig ist m. E. die Tatsache, daß bei sechs Kranken mit dem Nennen von Hauptwörtern aufgehört werden mußte, ehe die vorgeschriebenen 50 erreicht waren. Auch mit den Assoziationen auf Reizworte mußte manchmal aufgehört werden. Es kam hierbei auch öfter vor, daß die Kranken einfach auf ein Reizwort nicht reagierten, selbst wenn länger wie eine Minute gewartet wurde.

Die Reaktionzeit war bei den Assoziationen etwas verlängert. Für Assoziationen auf Reizworte fand ich als arithmetisches Mittel der sämtlichen wahrscheinlichen Mittel $3^3/_5''$, bei einem Kranken sogar einmal ein WM von $7''$, während ich bei Normalen ein WM von $1^1/_5''$ bis $5''$ fand und *Wreschner*[3]) 2562 $\sigma$ für Normale angibt (*Aschaffenburg*[4]) 900 $\sigma$ bis 2000 $\sigma$). Ebenso überstieg die Zeit für das Nennen von 50 Hauptwörtern, mit nur einer Ausnahme, sehr weit die bei Normalen gefundene Reaktionzeit.

Zum Reihenaufsagen wurden dieselben Reihen benutzt, die auch *Rodenwaldt*[5]) angewandt hat (1—20, Wochentage, Monate).

---

[1]) *E. Kraepelin*, Psychiatrie. Leipzig 1909, S. 278.

[2]) a. a. O., Bd. II, S. 29.

[3]) *A. Wreschner*, Die Reproduktion und Assoziation von Vorstellungen. Zeitschrift f. Psychologie u. Physiologie, Erg. Bd. III, S. 47.

[4]) a. a. O., Bd. I, S. 296.

[5]) *E. Rodenwaldt*, Aufnahmen des geistigen Inventars Gesunder usw. Halle 1904, S. 15.



Beim Aufsagen in richtiger Reihenfolge wurden manchmal einzelne Glieder überschlagen oder nach vollendeter Reihe weitergezählt, bzw. das erste Wort wieder genannt. Beim Aufsagen in umgekehrter Reihenfolge fiel es vor allen Dingen auf, daß von 22 Patienten während der Krankheit nur vier die Monate ganz fehlerlos hersagen konnten, während von 20 Normalen 12 die Aufgabe fehlerlos zustande brachten, von *Rodenwaldt*s Material sogar 163 von 174. Die Wochentage wurden relativ häufig auch in umgekehrter Reihenfolge richtig aufgesagt.

Mit Ausnahme von drei Patienten konnten alle ohne Fehler von 20 bis 1 rückwärts zählen. Die Fehler bestanden hauptsächlich im Überschlagen einer oder mehrerer Glieder oder im Einfügen einer oder mehrerer Zahlen in gewöhnlicher Reihenfolge. Es kam auch vor, daß die Kranken die Aufgabe vollständig vergaßen, und daß sie erst einige Zeit warteten oder auch erst ein paar Zahlen richtig nannten und dann die Reihe in gewöhnlicher Reihenfolge hersagten.

Die Reaktionzeiten waren, besonders beim Aufsagen in umgekehrter Reihenfolge, häufig verlängert. Manchmal war die Verlängerung sogar ganz beträchtlich, z. B. kamen beim Rückwärtszählen von 20—1 Reaktionzeiten von 44″ und 45″ vor (Maximum bei *Rodenwaldt* 18″); auf der andern Seite kam es aber auch vor, daß eine Patientin während der Krankheit die Monate in 8″ rückwärts hersagen konnte (Durchschnitt bei *Rodenwaldt* 16,8″).

Ob beim Aufsagen in umgekehrter Reihenfolge das Kombinationsvermögen stets eine Rolle spielte, wie *Ziehen*[1]) annimmt, ist mir nicht sicher, da es in den holländischen Schulen manchmal geübt wird.

Beim Multiplizieren — wobei gewöhnlich Zahlen zwischen 10 und 20 mit einstelligen Zahlen multipliziert wurden — kamen verkehrte Antworten sicher in größerer Zahl vor wie nach der Genesung, vor allen Dingen bei den Patienten mit psychotischen Erscheinungen. Das Ausbleiben von Reaktionen kam ziemlich selten vor; übrigens ist es auch bei Normalen seltener wie falsche Reaktionen.

Wiederholung der vorhergegangenen Antwort als Reaktion auf die folgende Aufgabe kam bei den Kranken äußerst selten vor. Etwas häufiger war eine Nachwirkung der Zahlen, die in der Aufgabe vorkamen, in der Antwort zu konstatieren. Bei guten Reaktionen

[1]) *Th. Ziehen*, Die Methoden und Prinzipien der Intelligenzprüfung. Berlin 1908, S. 40.



war die Reaktionzeit bedeutend verlängert, bis auf einige Ausnahmen, bei denen keine deutliche Verlängerung zu merken war [1]).

Auffallend ist auch noch, daß die Reaktionzeiten bei falschen Antworten, selbst bei delirierenden Patienten, ziemlich lang waren.

Eine Untersuchung mit „Wetterbildchen" (in manchen Zeitungen regelmäßig erscheinende Zeichnungen, die sich auf das zu erwartende Wetter beziehen, ein Mann mit Regenschirm u. ä.) schien auch für Normale häufig zu schwierig. Von 20 Normalen hatten nur sechs sofort eine Vorstellung von Wettervorhersage. Es wäre also gewagt, aus der Tatsache, daß die Zahl der Patienten, die sie nicht erkannten, noch etwas größer war, über das Kombinationsvermögen bei Typhus Schlüsse zu ziehen. Viel wichtiger scheint mir, daß drei Patienten, während sie schwer krank waren, die Bilder doch richtig erklären konnten.

Auch ohne spezielle Untersuchungen ergab sich, daß selbst bei schweren Typhusfällen die assoziativen Funktionen vollständig ausreichend bleiben können.

Einer der Patienten hat mir im Stadium fastigii bei hohem Fieber mit guten Gründen auseinandergesetzt, warum er glaube, daß seine Krankheit nicht vom Trinken ungekochter Milch, sondern von schmutzigem Wasser, das er in der Nähe eines Forts getrunken habe, herrührte.

Derselbe Patient fragte mich mehrmals, ob eine Wiederholung meiner Untersuchung ein Beweis dafür sei, daß die Ärzte mit seinem Befinden noch nicht zufrieden seien. Ein anderer Kranker, der nachts zuvor deliriert hatte und nun am Tage leicht ablenkbar war, schloß aus dem unrasierten Aussehen seines neuen Nachbars sofort, daß dieser wohl schon längere Zeit im Krankenhause sein müsse. (Im Typhussaal werden die Patienten nicht rasiert).

Über die Orientierung sei kurz erwähnt, daß Tag und Datum selbst von Patienten mit relativ geringen psychischen Störungen ungenügend angegeben wurden, während dieselben im Rekonvaleszenzstadium stets gut orientiert waren. Auch in dieser Hinsicht ist es jedoch unmöglich zu generalisieren.

Daß der Monat verkehrt angegeben wurde, kam selten vor. Ebenso war der Begriff der zeitlichen Aufeinanderfolge oft gestört. Ohne erkennbare Regel kamen dabei sowohl Über- wie Unterschätzungen vor.

---

[1]) a. a. O., Dissertation S. 36.



Die örtliche Orientierung war ziemlich selten gestört; die meisten Patienten wußten doch beinahe immer, daß sie in einem Krankenhaus waren. Die Saalnummer wußten einige leichte Typhuskranke und auch einzelne Patienten mit hohem Fieber und starker Apathie.

Die Namen der Ärzte, Schwestern und Mitpatienten blieben meist ziemlich lange unbekannt. Doch wird niemand, der die Patienten in Krankenhäusern danach öfter gefragt hat, dies als etwas Pathologisches ansehen. Fast ohne Ausnahme wußten die Kranken, daß verschiedene Ärzte kamen, die Zahl konnten dagegen viele im Anfang nicht genau angeben.

Doch war manchmal die Orientierung über Personen trotz ziemlich grober psychischer Störungen auffallend gut.

Desorientiertsein, d. h. verkehrt orientiert sein, spielte nur eine geringe Rolle. Selbst bei stark delirierenden Kranken bekam ich relativ häufig: „Ich weiß es nicht" zur Antwort.

Der Kasuistik zuliebe sei hier noch auf eine Erscheinung hingewiesen, die bei Typhus noch wenig beschrieben ist, ich meine den Transitivismus. *Pick*[1]) erwähnt über das Vorkommen von Transitivismus bei Typhus nur eine Mitteilung von *Janet*. Einer meiner Patienten — ein elfjähriger Junge, der den ganzen Tag sang — erzählte der Schwester, die anderen Kranken um ihn herum sängen. Später erklärte er mir, seine Nase, an der er fortwährend kratzte, sei darum wund, weil „die Kinder, die da auf der Seite liegen", sie aufgekratzt hätten.

## Allgemeine Betrachtungen.

Einige der erhaltenen Resultate unterscheiden sich von den bei anderen Benommenheitzuständen gefundenen. In Betracht kommen zum Vergleich einzelne Untersuchungen über Commotio cerebri (*Berliner*[2]), *Kalberlah*[3]), *Heilbronner*[4])), über Alkoholrausch (*Reiß*), über

[1]) *A. Pick*, Über sogenannten Transitivismus (*Wernicke*) bei Geisteskranken. Prager Mediz. Wochenschrift XXX, Nr. 19—20.

[2]) *Kurt Berliner*, Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung. Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten, Bd. III, Heft 4, 1908.

[3]) *Fr. Kalberlah*, Über die akute Kommotionspsychose usw. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 38, Heft 2.

[4]) *K. Heilbronner*, Über Geistesstörungen im unmittelbaren Anschluß an Hirnerschütterung. Münch. mediz. Wochenschrift, Bd. LII Nr. 49.



Alkoholdelirien (*Bonhoeffer*), über Eklampsie (*Heilbronner*, *Kutzinski*[1]), bis zu einem gewissen Grade auch die Untersuchungen von *Raecke*[2]) und *Siemerling*[3]) über Epilepsie.

Was zunächst die Aufmerksamkeit betrifft, so hat sich gezeigt, daß diese ziemlich leicht zu wecken ist. Ferner bewiesen die Untersuchungen mit den Bildern aus: „das erste Buch“ und manchmal auch eine Untersuchung nach *Bourdon*, daß die Aufmerksamkeit für diese Untersuchungen wenigstens ausreichend sein kann. Daß bei Typhus trotzdem ziemlich starke Aufmerksamkeitstörungen bestehen, können wir nicht nur infolge einfacher Beobachtung schließen, es gelingt auch mit Hilfe der Stimmgabel, diese Störung näher zu analysieren.

*Kalberlah*[4]) spricht bei postkommotionellen Zuständen von einer „wenigstens momentan guten Aufmerksamkeit“. Bei Alkoholintoxikationen scheint die Aufmerksamkeitstörung viel mehr in den Vordergrund zu treten. *Reiß*[5]) schreibt einen großen Teil der schlechten Resultate während des Rausches dem fortwährenden Schwanken der Aufmerksamkeit zu. Während des Delirium tremens scheint die Aufmerksamkeit für einen Augenblick zwar die Schärfe der Gesunden erreichen zu können, im Vergleich zur habituellen Aufmerksamkeit besteht aber doch wohl eine sehr starke Verminderung[6]). *Kutzinski*[7]) nimmt eine erhebliche Störung der Aufmerksamkeit bei Eklampsie an. Eine besondere Untersuchung daraufhin bei einem seiner Patienten nach *Bourdon* (Fall 10) ergab ein sehr schlechtes Resultat. Ebenso wurde von sehr starken Störungen bei Epileptikern berichtet. *Raecke*[8]) fand bei einem seiner Patienten während der postparoxysmalen Reevolution Unmöglichkeit des Konzentrierens und starke Ermüdbarkeit bei Perimeter-Untersuchung.

---

[1]) *Arnold Kutzinski*, Über eklamptische Psychosen. Charité-Annalen, XXXIII.

[2]) *Raecke*, Die transit. Bewußtseinstörungen der Epileptiker. Halle 1903.

[3]) *E. Siemerling*, Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Archiv f. Psych., Bd. 42.

[4]) a. a. O., S. 22 (Sonder-Abdruck).

[5]) a. a. O., S. 400.

[6]) *Bonhöffer*, a. a. O., S. 25.

[7]) a. a. O., S. 45.

[8]) a. a. O., S. 31.

Außerdem kamen bei diesen Zuständen starke Paralexien und Paraphasien vor [1]). *Köppen* und *Kutzinski* [2]) betonen bei ihrer Untersuchung epileptischer Benommenheitzustände das Schwanken der Aufmerksamkeit.

Ob die Schwankungen, die *Wiersma* [3]) bei der Untersuchung mit minima perceptibilia gefunden hat, auch hierher gehören, sei dahingestellt.

Die Merkfähigkeit ist bei Typhus häufig nicht in dem Maße gestört, als man annehmen sollte. Ziemlich allgemein gilt dies für kurz zurückliegende Eindrücke. Beim Multiplizieren werden die Aufgaben nur äußerst selten während des Ausrechnens vergessen. die Bilder aus dem „ersten Buch" werden oft sehr gut behalten. Bei der Untersuchung mit den *Heilbronner*schen Bildchen wußten viele schon am folgenden Tag sofort, was die zuerst noch verschiedene Deutung zulassenden Bildchen werden würden.

Natürlich hatten wir auch Fälle, bei denen wir eine ziemlich starke Störung der Merkfähigkeit annehmen mußten.

Nach Commotio cerebri scheint dies viel regelmäßiger der Fall zu sein. Die akute Kommotionspsychose wurde von *Kalberlah* [4]) gerade auf Grund der amnestischen Störung „als einheitliches Krankheitsbild" zusammengefaßt. Wenn auch die Störung der Merkfähigkeit sicher nicht alle Geschehnisse einer bestimmten Periode betrifft, so wird sie doch immer wieder als Hauptsymptom genannt. (*Berliner*, *Heilbronner*, *v. d. Torren* [5]).)

Nach *Reiß* [6]) sind die Erinnerungen an Erlebnisse während des Rausches individuell sehr verschieden. Bei Delirium tremens ist die Merkfähigkeit für Worte und Zahlen sehr reduziert. Totale Amnesie bestand bei den durch *Bonhoeffer* [7]) untersuchten Deliranten niemals.

[1]) a. a. O., S. 28.

[2]) *M. Köppen* u. *A. Kutzinski*, Über Schwankungen der geistigen Leistungfähigkeit in Dämmerzuständen. Charité-Annalen, Bd. XXXII.

[3]) *E. Wiersma*, Folia neurobiologica, Bd. 3, Nr. 6.

[4]) a. a. O., S. 27 (Sonder-Abdruck).

[5]) *v. d. Torren*, Twee gevallen van *Korsakows* Symptomenkomplex. Tijdschrift voor Geneeskunde L.

[6]) a. a. O., S. 392.

[7]) *C. Bonhoeffer*, Der Geisteszustand des Alkoholdeliranten. Breslau 1897, S. 21 u. f.



Amnestische Konfabulationen — wenn überhaupt vorhanden — spielten bei Typhus eine sehr untergeordnete Rolle. Außerdem ließen sich nur bei Patienten, die zuvor deliriert hatten, mit Sicherheit Konfabulationen konstatieren.

Die Untersuchung des Alkoholrausches durch *Reiß*[1]) hat in dieser Hinsicht nur negative Resultate ergeben. *Bonhoeffer*[2]) berichtet von Konfabulationen, hauptsächlich Verlegenheitskonfabulationen, aber auch solchen anderer Genese bei Delirium tremens. Bei Commotio cerebri werden sie in Verbindung mit der Ätiologie des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes beschrieben (*Kalberlah*, *Heilbronner*). Bei Eklampsie wird in Übereinstimmung mit dem Gesamtbild der Psychose wenig (*Heilbronner*[3]) oder gar nicht (*Kutzinski*[4]) konfabuliert. Nach *Kraepelin*[5]) kann man bei epileptischen Dämmerzuständen durch suggestive Fragen Erinnerungsfälschungen hervorrufen, während es *Gallus*[6]) auffiel, daß in der Regel kein Bedürfnis besteht, die Gedächtnislücken auszufüllen. (Vielleicht erklärt sich das daraus, daß zwar keine Tendenz zu spontanen Konfabulationen, aber eine geringe Resistenz gegen entsprechende Suggestionen besteht).

Andeutungen von Haftenbleiben — wie ich sie beobachten konnte, und wie sie auch von anderen bei Typhus berichtet werden — scheinen zwar bei allen Benommenheitzuständen angetroffen zu werden. Das Symptom zeigt sich bei Delirium tremens manchmal in einzelnen Antworten auf Fragen (*Bonhoeffer*[7]),) ebenso bei Kommotio. Viel deutlicher war es bei Eklampsie. Daß bei Urämie Haftenbleiben vorkommt, geht sowohl aus der früher von *Heilbronner*[8]) publizierten Krankengeschichte, wie aus der *Bonhoeffers*[9]) hervor. Keinesfalls kann man das Haftenbleiben bei Typhus mit dem bei länger bestehender Epilepsie hier und da vorkommenden vergleichen.

---

[1]) a. a. O., S. 389.
[2]) a. a. O., S. 23.
[3]) a. a. O., S. 455.
[4]) a. a. O., S. 37.
[5]) *E. Kraepelin*, Psychiatrie 1903, S. 169.
[6]) *K. Gallus*, Der Geisteszustand der Epileptischen. Sammlung klin. Vorträge N. F., Nr. 536/537, S. 837.
[7]) a. a. O., S. 17.
[8]) Monatschr. f. Psychiatrie Bd. 18, S. 357.
[9]) a. a. O.

Die Auffassung bleibt bei Typhus im allgemeinen gut, sowohl für akustische wie für optische Eindrücke. Die mangelhafte Beantwortung einiger Fragen ist zum Teil durch Aufmerksamkeitstörungen zu erklären, kann jedoch auch auf ungenügender Verarbeitung der Frage beruhen. Daß hier manchmal eine gewisse Erschwerung besteht, wird jedoch aus der Verlangsamung beim Lesen kleiner Schrift wahrscheinlich, obgleich diese Erscheinung vieldeutig ist. Auch die Vergleichung mit andern Versuchen wird hier ganz besonders erschwert, weil der Begriff Auffassung zurzeit noch nicht scharf zu definieren ist und zweifellos eine Reihe von verschiedenen Funktionen umfaßt, von denen die eine, die Auffassung einfacher Eindrücke, mehr der Wahrnehmung nahe steht, während die andere, die Auffassung komplizierter Gegenstände, ein gutes Kombinationsvermögen voraussetzt.

Es ist jedenfalls auffallend, daß auch bei Commotio cerebri die Auffassung nur wenig gestört zu sein scheint. *Berliner* [1]) sagt, daß die Auffassung einzelner relativ einfacher akustischer, resp. einfacher optischer Reize sehr gut war, auf alle Fälle nicht so gestört, um damit die Orientierungsstörung zu erklären. Auch *Kalberlahs* Beobachtung [2]) (Patient F. F., 25. Okt.), stimmt damit sehr gut überein. Daß die Auffassung im engeren Sinn bei Eklampsie wenig gestört ist, beweist sowohl die Krankengeschichte von *Heilbronners* Patientin, wie die verschiedenen Krankengeschichten (z. B. 8, 9 und 13) von *Kutzinskis* Patienten. Allerdings besteht daneben die Unmöglichkeit, Teileindrücke zu einer Einheit zusammenzufassen. Nach *Bonhoeffer* [3]) leidet bei Delirium tremens die Auffassung von Fragen nicht. Bei den fehlerhaften Reaktionen auf optischem Gebiet muß man mit Störungen ganz anderer Art rechnen. Bei anderen Benommenheitzuständen besteht in dieser Hinsicht eine starke Störung. So teilt *Reiß* [4]) mit, daß beim Rausch die Auffassung einfachster Dinge eine schwere Schädigung erleidet. Auch im Vergleich mit Epilepsie scheint hier ein deutlicher Unterschied zu bestehen. Das Benennen gezeigter

[1]) a. a. O., S. 27 u. S. 32.
[2]) a. a. O.
[3]) a. a. O., S. 36.
[4]) a. a. O., S. 380.

Gegenstände sowohl, wie der *Heilbronner*schen Bildchen gelingt nach *Siemerling* [1]) schlecht. *Kraepelin* [2]) stellt in dieser Hinsicht die Krankheit differentialdiagnostisch der Katatonie gegenüber. Ebenso glaube ich, sowohl auf Grund früherer Untersuchungen *Heilbronners* [3]), wie auf Grund eigener Beobachtung [4]) eines Kranken, daß bei tuberkulöser Meningitis eine deutliche derartige Störung besteht.

Die besprochenen Erscheinungen erklären jedenfalls noch nicht den Eindruck, den wir von den benommenen Patienten bekommen. Es hat fast den Anschein, als ob die Benommenheit etwas Besonderes, außerhalb der übrigen Symptome Stehendes sei. Ich glaube jedoch nicht, daß eine derartige Annahme nötig ist, geschweige denn wirklich etwas erklärt. Man hat zu berücksichtigen, daß die Kranken durch die Untersuchung in einen besonderen Zustand versetzt werden. Aber trotzdem weist doch sehr vieles darauf hin, daß man keinen Grund hat anzunehmen, die mit Hilfsmittel erhaltenen Resultate trügen darum zur Klärung der Frage nichts bei. Es hat sich ergeben, daß auch bei einem nicht beeinflußten Patienten sicher dieselben Erscheinungen zu finden sind, die überhaupt bei derartigen Untersuchungen zutage treten können.

Sehr erwünscht wäre es natürlich, wenn man den psychischen Zustand auch ohne besondere Reizmittel untersuchen könnte; solange wir aber auf die Reaktionen der Patienten angewiesen sind, ist dies unmöglich.

Das, was wir bei der Untersuchung gefunden haben, berechtigt jedenfalls, folgende Schlüsse zu ziehen.

1. Für die „Benommenheit" machte es keinen Unterschied, ob zu gleicher Zeit Delirien oder andere psychotische Erscheinungen bestanden. Auch regelmäßige Beziehung zu dem jeweiligen Stadium wurde nicht gefunden.

2. In bezug auf die Genese der Benommenheit läßt sich folgendes feststellen. Die Verlangsamung der assoziativen Funktionen (Ver-

[1]) a. a. O., S. 3 u. 11.

[2]) *E. Kräpelin*, Einführung in die psychiatrische Klinik, Leipzig, 1905, S. 259.

[3]) Monatsschrift f. Psych., Bd. XVII, S. 121.

[4]) a. a. O., S. 85.





längerung der Assoziationzeiten usw.) kommt hierbei vielleicht in Betracht. Möglicherweise erklärt dies auch die affektive Störung, die Rekonvaleszenten manchmal nachträglich berichten. Intelligente Personen, die Typhus gehabt haben, erzählen nämlich häufig, daß sie sich während ihrer Krankheit keinen Augenblick über den weiteren Verlauf besonnen hätten, worüber sie selbst a posteriori sehr verwundert sind.

Eine gewisse Rolle muß auch die Ermüdung spielen, womit natürlich keineswegs gesagt ist, daß der Zustand, in dem man die Patienten so oft liegen sieht — ganz abgesehen von den deliranten Zuständen — einfach eine Folge der Ermüdung ist.

3. Sehr charakteristisch für diesen Zustand — wie er auch entstanden sein möge — ist jedenfalls das intensive Gefühl für den Eintritt der Leistungunfähigkeit, das sich besonders bei länger dauernden Untersuchungen häufig zeigt. Hierdurch unterscheiden sich die Typhuspatienten sehr auffallend von anderen Kranken, bei denen auch Benommenheitzustände vorkommen und auch leicht augenblickliche Verminderung der Leistungfähigkeit — manchmal nach einigen Minuten, manchmal noch schneller — auftritt. Diese Krankheitseinsicht unterscheidet den Typhuskranken z. B. von den Alkoholdeliranten mit ihren starken Verlegenheitskonfabulationen und Paralexien, zum Teil auch von Kranken mit Commotio cerebri. Ebenso erklärt sich hieraus wohl, daß, abgesehen von einigen Ausnahmen, perseveratorische Fehlreaktionen äußerst selten sind, viel seltener jedenfalls als bei Epilepsie und bei Eklampsie.

4. Im Vergleich mit den schwankenden Leistungen bei Epilepsie, wie sie neuerdings wieder von *Köppen* und *Kutzinski* beschrieben worden sind, zeigen sich auch Unterschiede. Bei diesen Zuständen treten die Schwankungen zwischen relativ guten Leistungen geradezu anfallweise, sozusagen autonom, auf, sie erinnern dadurch an die eigenartigen Schwankungen guter und schlechter Leistungen nebeneinander, auf die *Siemerling*[1]) hingewiesen hat. Bei Typhus fanden wir umgekehrt zwar hier und da während der Untersuchung eine vorübergehende Besserung, aber niemals die hier beschriebene Synkope.

[1]) *Schmidtmann*, Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd. III. Berlin 1906.



Ich hoffe, durch meine Untersuchung einen Beitrag zur Charakterisierung der elementaren psychischen Störungen bei Typhus abdominalis geliefert zu haben.

Wenn die Ergebnisse auch nicht genügen mögen, um die Bewußtseinstörungen bei verschiedenen Zuständen auseinanderzuhalten, so haben die Untersuchungen doch wohl schon so viel gezeigt, daß die verschiedenen Formen der Benommenheit klinisch different sind, und daß Symptome, die man bei einer Benommenheitsform isoliert finden kann, und die man als direkte Folge der Benommenheit überhaupt anzusehen geneigt wäre, nicht bei jeder Benommenheit vorzukommen brauchen.

---





# Todesfälle und Sektionsbefunde der Staatsirren-anstalt Lübeck[1]).

Von

Dr. **Enge,** II. Arzt.

---

Nachstehende Arbeit wird sich in ihrem ersten Teil mit der Feststellung und Würdigung der Todesursachen bei Geisteskranken beschäftigen.

Bei der Behandlung von geistigen Störungen ist nicht weniger wie bei körperlichen Krankheiten eine der wichtigsten Fragen, die an den Arzt herantreten, die nach der Gefährdung des Lebens. Maßgebliche Anhaltspunkte für die Beantwortung dieser Frage werden aber nur durch ein sorgfältiges Studium der Ursachen des Todes gewonnen werden können.

Die einzig sichere Art der Erhebung der Todesursache ist die Sektion. Demgemäß ist in der vorliegenden Arbeit der Bestimmung der Todesursache der jeweilige Sektionsbefund zugrunde gelegt; nur in drei Fällen, in denen eine solche nicht stattfand, ist auf das Krankenjournal zurückgegriffen. Bei der geringen Anzahl derselben und ihrem einwandfreien klinischen Befund sind dieselben nicht besonders getrennt aufgeführt von den Fällen, in denen die Sektion die Todesursache ergab. Diese kleine Unrichtigkeit wird den Wert der Zusammenstellung kaum beeinträchtigen können.

Einleitend sollen noch einige Bemerkungen über das verarbeitete Material sowie eine Reihe statistischer Nachrichten allgemeiner Natur gegeben werden.

---

[1]) Leitender Arzt Dr. *Wattenberg.*

Berücksichtigt wurden die Todesfälle mit ihren Sektionsbefunden, die sich vom 1. Januar 1893 bis 31. Dezember 1908 ereignet haben. Wenn auch eine Statistik an Wert gewinnt, je größer ihr Material ist, so konnte doch nicht weiter als bis auf das Jahr 1893 zurückgegriffen werden, weil sich erst seit diesem Zeitpunkt einigermaßen ausreichende und gleichmäßig behandelte Berichte vorfanden. 104 Sektionen wurden von mir selbst, bezüglich in meinem Beisein, ausgeführt.

In dieser Berichtzeit gestaltete sich die allgemeine Krankenbewegung wie folgt.

| 1893—1908 | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| Aufgenommen | 494 | 496 | 990 |
| Bestand am 1. Januar 1893 | 70 | 46 | 116 |
| Gesamtzahl der Verpflegten | 564 | 542 | 1106 |
| Entlassen | 454 | 416 | 870 |
| Bestand am 31. Dezember 1908 | 110 | 126 | 236 |

Zur Einteilung nach Krankheitformen benutzte ich das Klassifikationsschema, wie es von der Mehrzahl der Anstalten zu ihren Publikationen verwandt wird. So entfielen von den in der Berichtzeit 1106 Verpflegten auf:

| Krankheitformen | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| 1. Einfache Seelenstörung | 365 | 447 | 812 |
| 2. Paralytische Seelenstörung | 113 | 37 | 150 |
| 3. Seelenstörung mit Epilepsie | 27 | 15 | 42 |
| 4. Imbezillität, Idiotie | 33 | 42 | 75 |
| 5. Delirium potatorum | 16 | — | 16 |
| 6. Nicht geisteskrank | 10 | 1 | 11 |
| | 564 | 542 | 1106 |

Das Verhältnis der einzelnen Krankheitformen zur Gesamtzahl der Verpflegten findet seinen prozentualen Ausdruck in folgender Tabelle:



| Krankheitformen | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| 1. Einfache Seelenstörung | 64,71 | 82,47 | 73,41 |
| 2. Paralytische Seelenstörung | 20,03 | 6,82 | 13,56 |
| 3. Seelenstörung mit Epilepsie | 4,78 | 2,76 | 3,79 |
| 4. Imbezillität, Idiotie | 5,85 | 7,74 | 6,78 |
| 5. Delirium potatorum | 2,83 | — | 1,44 |
| 6. Nicht geisteskrank | 1,77 | 0,18 | 0,99 |

Bei beiden Geschlechtern entfiel demnach die Mehrzahl der Verpflegten auf die einfache Seelenstörung; von den Männern gehörten fast $^2/_3$, von den Frauen über $^4/_5$ dieser Krankheitform an. Zu bemerken ist, daß der Gruppe der einfachen Seelenstörung auch zugesellt wurden alle Fälle von Alterschwachsinn (Dementia senilis), auch die mit Lähmung komplizierten (Dementia postapoplectica), sowie ferner auch die wenigen Fälle von Hirntumor, Hirnlues und chronischem Alkoholismus, während die zweite Gruppe nur die Fälle von Dementia paralytica progressiva enthält.

An Dementia paralytica litten 13,56% aller Verpflegten, und zwar 20,03% aller männlichen, 6,82% aller weiblichen, von letzteren also ein dreimal geringerer Prozentsatz wie bei den männlichen. Es betrug das Verhältnis der Geschlechter zu dieser Krankheit 1 : 3,1.

An der epileptischen Geistesstörung hatten die Männer fast den doppelten Anteil als die Frauen.

Bei Imbezillität und Idiotie bestand kein bemerkenswerter Unterschied in der Beteiligung der Geschlechter.

Auffallend gering war die Zahl der Alkoholdeliranten. Da aber aus hier nicht zu erörternden Gründen diese wie auch andere Formen alkoholischer Geistesstörung in der Mehrzahl im allgemeinen Krankenhause Aufnahme finden, so gibt natürlich diese Zahl kein Bild von der Ausbreitung des Alkoholismus und seiner Folgen in der hiesigen Bevölkerung. Durchschnittlich der letzten 9 Jahre betrug die Zahl der wegen Delirium alcoholicum plus anderer alkoholischer Geistesstörungen im allgemeinen Krankenhause Aufgenommenen: 59.

Es starben nun in der Berichtzeit insgesamt 248 Kranke, es waren 145 Männer und 103 Frauen, das sind





22,42 % der Gesamtverpflegten: Männer 25,7 % Frauen 19 %
28,5 % des Gesamtabganges: Männer 31,93 % Frauen 24,75 %
25,05 % des Gesamtzuganges: Männer 29,35 % Frauen 20,76 %

In den einzelnen Berichtjahren gestaltete sich die Sterblichkeit wie folgt:

| Jahr | Männer | Frauen | Zusammen | % der Gesamtverpflegten |
|---|---|---|---|---|
| 1893 | 15 | 5 | 20 | 12,34 |
| 1894 | 12 | 2 | 14 | 7,82 |
| 1895 | 3 | 4 | 7 | 4,21 |
| 1896 | 11 | 4 | 15 | 8,28 |
| 1897 | 5 | 9 | 14 | 7,65 |
| 1898 | 6 | 10 | 16 | 8,69 |
| 1899 | 11 | 10 | 21 | 10,39 |
| 1900 | 8 | 5 | 13 | 6,75 |
| 1901 | 3 | 4 | 7 | 3,13 |
| 1902 | 5 | 11 | 16 | 6,63 |
| 1903 | 7 | 9 | 16 | 6,10 |
| 1904 | 15 | 7 | 22 | 8,49 |
| 1905 | 8 | 2 | 10 | 3,78 |
| 1906 | 16 | 8 | 24 | 8,05 |
| 1907 | 9 | 10 | 19 | 6,22 |
| 1908 | 11 | 3 | 14 | 4,83 |
| 16 J. | 145 | 103 | 248 | |

Die Sterblichkeit erreichte ihr Maximum im Jahre 1893 mit 12,34% des Gesamtbestandes, am geringsten war sie im Jahre 1901 mit 3,13%, im Durchschnitt der einzelnen Jahre betrug sie 7,08%. Eine Erklärung für die recht erheblichen Schwankungen in den einzelnen Jahren kann nicht gegeben werden. Von Epidemien, die ursächlich hätten wirken können, blieb die Anstalt verschont.

Es starben in der Berichtszeit von 100 verpflegten Männern 25,7, von 100 Frauen nur 19. Dieser Unterschied erklärt sich dadurch, das die Paralyse, die das Leben in hohem Maße gefährdet, bei den Männern wie überall weit häufiger war.

Die folgende Zusammenstellung zeigt die Beteiligung der Krankheitformen an den Todesfällen; es litten von den 248 Gestorbenen an:



| Krankheitsform | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| 1. Einfacher Seelenstörung | 60 | 80 | 140 |
| 2. Paralytischer Seelenstörung | 71 | 18 | 89 |
| 3. Seelenstörung mit Epilepsie | 6 | 4 | 10 |
| 4. Imbezillität und Idiotie | 5 | 1 | 6 |
| 5. Delirium potatorum | 3 | — | 3 |
| | 145 | 103 | 248 |

Unter den an einfacher Seelenstörung Behandelten und Gestorbenen (60 Männer, 80 Frauen = 140) waren der spezielleren klinischen Diagnose nach erkrankt an:

| Krankheitsform | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| 1. Akutem halluzin. Irresein | 3 | 1 | 4 |
| 2. Chron. Halluzinose | 2 | 3 | 5 |
| 3. Dementia praecox | 12 | 23 | 35 |
| 4. Manisch-depressives Irresein | 2 | 4 | 6 |
| 5. Melancholie | 6 | 8 | 14 |
| 6. Manie | 1 | 2 | 3 |
| 7. Paranoia chronica | 6 | 10 | 16 |
| 8. Dementia senilis | 17 | 18 | 35 |
| 9. Dementia apoplectica | 3 | 3 | 6 |
| 10. Dementia secundaria | 3 | 8 | 11 |
| 11. Lues cerebri | 1 | — | 1 |
| 12. Tumor cerebri | 2 | — | 2 |
| 13. Alcoholism. chronic. | 2 | — | 2 |
| | 60 | 80 | 140 |

Es starben demnach von den an einfacher Seelenstörung Behandelten insgesamt 17,24% und zwar 16,43% der Männer, 17,89% der Frauen.

Von den an Paralyse Behandelten starben 59,33%, von den Männern 62,83%, von den Frauen 48,64%. Die progressive Paralyse und ihre Folgen verursachte 89 Todesfälle, 71 bei den Männern und 18 bei den Frauen. Auf sie sind somit 35,88% aller Todesfälle zurückzuführen und zwar 48,09% bei den Männern und 17,47% aller Todesfälle bei den Frauen.



Ziemlich häufig führten die Fälle von epileptischem Irresein und Delirium potatorum zum Tode. Von den an Epilepsie Behandelten starben 23,80% und zwar 22,22% der Männer und 26,66% der Frauen. Von den an Delirium Behandelten starben 18,75%.

Am seltensten führten die Fälle von Imbezillität zum Tode, es starben von den an dieser Krankheit Behandelten 8%, und zwar 15,15% der Männer, 2,38% der Frauen.

Es folgt jetzt eine Zusammenstellung des Alters der Gestorbenen unter Trennung der Paralytiker von den Nichtparalytikern.

| Alter der Gestorbenen | Paralytiker | | | Nichtparalytiker | | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | S. | M. | F. | S. | |
| unter 20 Jahren ...... | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 |
| von 21— 30 „ ...... | — | 1 | 1 | 8 | 7 | 15 | 16 |
| „ 31— 40 „ ...... | 23 | 5 | 28 | 7 | 8 | 15 | 43 |
| „ 41— 50 „ ...... | 31 | 7 | 38 | 4 | 14 | 18 | 56 |
| „ 51— 60 „ ...... | 15 | 5 | 20 | 16 | 18 | 34 | 54 |
| „ 61— 70 „ ...... | 2 | — | 2 | 18 | 17 | 35 | 37 |
| „ 71— 80 „ ...... | — | — | — | 15 | 14 | 29 | 29 |
| „ 81— 90 „ ...... | — | — | — | 6 | 5 | 11 | 11 |
| „ 91—100 „ ...... | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 |
| | 71 | 18 | 89 | 74 | 85 | 159 | 248 |

Die Mehrzahl der Paralytiker, männlicher wie weiblicher, starb im Alter zwischen 40 und 50 Jahren, nämlich 42,69%, ein höheres Alter als 50 Jahre erreichten noch 24,71%. Sehr selten war ein Alter über 60 Jahre; es fand sich in 2,24%. Das höchste Alter betrug 64 Jahre und betraf einen männlichen Paralytiker, das niedrigste 23 Jahre; dieses betraf einen weiblichen Paralytiker.

Die Mehrzahl der nicht an Paralyse Gestorbenen hat ein recht hohes Alter erreicht. 69,18% erreichten ein Alter über 50 Jahre. Das höchste Alter betrug 94 Jahre bei einer weiblichen Kranken.

Wie sich unter den Nichtparalytikern die einzelnen Krankheitformen zu den erreichten Altersgraden verhielten, ist aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.



| Alter | Einfache Seelen-störung | | Epilepsie | | Im-bezillität Idiotie | | Delirium | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | M. | F. | M. | F. | M. | F. | |
| unter 20 Jahren ..... | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 |
| von 21— 30 „ ..... | 4 | 7 | 2 | — | 2 | — | — | — | 15 |
| „ 31— 40 „ ..... | 5 | 7 | — | — | 1 | 1 | 1 | — | 15 |
| „ 41— 50 „ ..... | 3 | 13 | 1 | 1 | — | — | — | — | 18 |
| „ 51— 60 „ ..... | 12 | 16 | 1 | 2 | 2 | — | 1 | — | 34 |
| „ 61— 70 „ ..... | 16 | 17 | 1 | — | — | — | 1 | — | 35 |
| „ 71— 80 „ ..... | 14 | 14 | 1 | — | — | — | — | — | 29 |
| „ 81— 90 „ ..... | 6 | 5 | — | — | — | — | — | — | 11 |
| „ 91—100 „ ..... | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 |
| | 60 | 80 | 6 | 4 | 5 | 1 | 3 | — | 159 |

Die nächste Zusammenstellung belehrt über die Dauer des Anstaltaufenthaltes der Verstorbenen, wiederum mit Trennung der Paralytiker von den Nichtparalytikern.

| Dauer des Anstaltaufenthaltes | Paralytiker | | | Nichtparalytiker | | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | S. | M. | F. | S. | |
| unter 3 Monaten ...... | 18 | 5 | 23 | 21 | 24 | 45 | 68 |
| von 3— 6 „ ...... | 7 | 2 | 9 | 6 | 7 | 13 | 22 |
| „ 6—12 „ ...... | 12 | 2 | 14 | 2 | 10 | 12 | 26 |
| „ 1— 2 Jahren ........ | 19 | 4 | 23 | 9 | 13 | 22 | 45 |
| „ 2— 5 „ ........ | 14 | 5 | 19 | 13 | 14 | 27 | 46 |
| über 5 Jahre ......... | 1 | — | 1 | 23 | 17 | 40 | 41 |
| | 71 | 18 | 89 | 74 | 85 | 159 | 248 |

Somit ergibt sich, daß von 248 Gestorbenen 68 = 27,41% nach weniger als dreimonatiger Anstaltbehandlung starben; demnächst am häufigsten war ein Aufenthalt von 2—5 Jahren mit 46 = 18,52 %, dann folgt ein Aufenthalt von 1—2 Jahren mit 45 = 18,14%.

Von den Paralytikern erlagen 46 = 51,68% noch vor Ablauf des ersten Jahres, während weitere 23 = 25,83% vor Ablauf des zweiten Jahres starben.



Unter den Nichtparalytikern starben recht viele, die langjährige Anstaltbewohner waren. Wie die einzelnen Krankheitformen sich zur Dauer des Anstaltaufenthaltes verhielten, ergibt sich aus folgender Zusammenstellung:

| Dauer des Anstaltaufenthaltes | Einfache Seelenstörung | | Epilepsie | | Imbezillität Idiotie | | Delirium alcoholic. | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | M. | F. | M. | F. | M. | F. | |
| unter 3 Monaten ...... | 17 | 23 | 1 | 1 | — | — | 3 | — | 45 |
| von 3— 6 „ ...... | 6 | 6 | — | 1 | — | — | — | — | 13 |
| „ 6—12 „ ...... | 1 | 9 | 1 | — | — | 1 | — | — | 12 |
| „ 1— 2 Jahren ........ | 9 | 12 | — | 1 | — | — | — | — | 22 |
| „ 2— 5 „ ........ | 8 | 13 | 2 | 1 | 3 | — | — | — | 27 |
| über 5 Jahre ......... | 19 | 17 | 2 | — | 2 | — | — | — | 40 |
| | 60 | 80 | 6 | 4 | 5 | 1 | 3 | — | 159 |

Von den an einfacher Seelenstörung Behandelten und Gestorbenen waren 104 = 74,27% bis zu 5 Jahren, 36 = 25,71% über 5 Jahre in der Anstalt.

Unter den lange Behandelten überwog etwas das männliche Geschlecht. 1—5 Jahre wurden behandelt Männer 55 = 37,93%, Frauen 36 = 34,95%; über 5 Jahre wurden behandelt Männer 24 = 16,55%, Frauen 17 = 16,5%.

Über das Lebensalter der Gestorbenen zur Zeit ihrer Aufnahme orientiert die nächste Tabelle.

| Alter | Einfache Seelenstörung | | Paralyse | | Epilepsie | | Imbezillität Idiotie | | Delirium alcoholic. | | Gesamtsumme |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | M. | F. | M. | F. | M. | F. | M. | F. | |
| bis zu 20 Jahren ...... | 1 | 3 | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 6 |
| von 21— 30 „ ...... | 6 | 8 | — | 1 | 2 | — | 2 | 1 | — | — | 20 |
| „ 31— 40 „ ...... | 12 | 12 | 29 | 7 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 63 |
| „ 41— 50 „ ...... | 6 | 15 | 28 | 6 | 1 | 2 | — | — | 1 | — | 59 |
| „ 51— 60 „ ...... | 9 | 14 | 13 | 4 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | 44 |
| „ 61— 70 „ ...... | 11 | 13 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 25 |
| „ 71— 80 „ ...... | 13 | 8 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 22 |
| „ 81— 90 „ ...... | 2 | 6 | — | — | — | — | — | — | — | — | 8 |
| „ 91—100 „ ...... | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| | 60 | 80 | 71 | 18 | 6 | 4 | 5 | 1 | 3 | — | 248 |

Im jugendlichen Alter unter 20 Jahren standen nur wenig, dem mittleren Lebensalter 21.—50. Jahre gehörten an 142 = 57,25%, dem Alter über 50 gehörten an 100 = 40,32%.

Im Alter zwischen 30 und 40 Jahren standen 63 = 25,4%; es erwies sich dieses Jahrzehnt somit als das gefährdetste, in Sonderheit für die Paralyse, an der in diesem Alter 36 = 40,4% erkrankten.

Im Alter über 50 Jahre standen mehr Männer wie Frauen, 53 : 47. Der jüngste Kranke war bei der Aufnahme 18¾ Jahr und gehörte der Dementia-praecox-Gruppe an. Er starb nach sechsjährigem Aufenthalt an Lungentuberkulose.

Die älteste Kranke stand bei der Aufnahme im Alter von 93 Jahren 7 Monaten, ihre Krankheit äußerte sich in Form der Dementia senilis, sie starb nach siebenmonatigem Aufenthalt an Endocarditis chronica.

Nach diesen über das verwendete Material orientierenden Vorbemerkungen gehe ich zu dem Thema: Todesursachen über.

Es umfaßt die nachstehende Zusammenstellung sämtliche in dem Zeitraum vom 1. Januar 1893 bis 31. Dezember 1908 stattgehabten Obduktionen hinsichtlich der Todesursachen, und zwar geordnet in Gruppen nach Maßgabe des durch Bundesratsbeschluß festgestellten Formulars für die statistischen Erhebungen über die Heilanstalten.

| Todesursachen | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| I. Allgem. Ernährungstörungen | | | |
| Marasmus | 2 | 5 | 7 |
| Anaemia perniciosa | 1 | — | 1 |
| II. Infektionskrankheiten | | | |
| Phthisis pulmonum | 12 | 26 | 38 |
| Pneumonia crouposa | 4 | — | 4 |
| Erysipelas | 1 | 1 | 2 |
| Pyaimia Sepsis | 1 | 1 | 2 |
| III. Bösartige Neubildungen | | | |
| Carcinoma ventriculi | 3 | 5 | 8 |
| Carcinoma prostatae | 1 | — | 1 |
| Sarcoma vertebrae | 1 | — | 1 |
| Sarcoma femoris | — | 1 | 1 |
| Transport | 26 | 39 | 65 |

| Todesursachen | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| IV. Örtliche Krankheiten | | | |
| 1. Nervensystem | | | |
| Apoplexia cerebri | 4 | 1 | 5 |
| Pachymeningitis haimorrhagica | — | 2 | 2 |
| Meningitis purulenta | — | 2 | 2 |
| Encephalomalacia | 1 | 6 | 7 |
| Tumor cerebri | 2 | — | 2 |
| Status epilepticus | 1 | 1 | 2 |
| Paralysis progressiva [1]) | 23 | 4 | 27 |
| 2. Atmungsorgane | | | |
| Pneumonia catarrhal. hypostatica | 42 | 23 | 65 |
| Bronchitis chronica | 3 | — | 3 |
| Gangraena pulmonum | 3 | 1 | 4 |
| Oedema pulmonum | 5 | 3 | 8 |
| Pleuritis exsudativa | 3 | 2 | 5 |
| 3. Kreislaufsorgane | | | |
| Myokarditis | 9 | 3 | 12 |
| Endokarditis | 2 | 3 | 5 |
| Vitium cordis | 5 | 3 | 8 |
| Ruptura cordis | 1 | — | 1 |
| Embolia | 1 | 2 | 3 |
| Thrombosis | 1 | — | 1 |
| 4. Verdauungsorgane | | | |
| Ileus | 1 | — | 1 |
| 5. Harn- u. Geschlechtsorgane | | | |
| Nephritis | 2 | 1 | 3 |
| V. Suicidium | 3 | — | 3 |
| VI. Causa mortis ignota | 7 | 7 | 14 |
| | 145 | 103 | 248 |

Die vorstehende Übersichtstabelle bedarf mancherlei Ergänzungen und Erläuterungen, in Sonderheit auch darüber, wie sich die einzelnen

[1]) Hier sind von den an paralytischer Seelenstörung Gestorbenen nur diejenigen gezählt, die an der Paralyse als solcher, d. h. ohne jede Komplikation gestorben sind (siehe später!).



psychischen Krankheitformen zu den ermittelten Todesursachen verhielten.

## I. Allgemeine Ernährungstörungen.

An allgemeinem Marasmus, d. h. ohne jede komplizierende Krankheit starben insgesamt 7 = 2,82% aller Gestorbenen, davon 2 = 1,31% Männer und 5 = 4,85% Frauen. Sämtlich gehörten dem Krankheitbild der Dementia senilis an. Fünf von den Gestorbenen standen im Alter zwischen 80 und 90 Jahren, zwei zwischen 60 und 70 Jahren.

Diejenigen Fälle der progressiven Paralyse, bei denen der Tod durch unkomplizierten Marasmus eintrat, sind an anderer Stelle gezählt.

Perniziöse Anämie war als Todesursache angenommen bei einem 56 jährigen Paranoiker, der nach jahrelangem Anstaltaufenthalt unter dem Bilde einer rasch zunehmenden Kachexie starb und bei dem die Obduktion Folgendes ergab: enorme Anämie aller inneren Organe, fettige Degeneration von Herz und Nieren, ferner vergrößerte Milz (Gewicht 350 g) ohne erhebliche histologische Veränderung derselben. Eine Untersuchung des Knochenmarkes hat nicht stattgefunden.

## II. Infektionskrankheiten.

Unter diesen nimmt die Lungentuberkulose das größte Interesse in Anspruch. Es starben daran in den in Frage stehenden 16 Jahren 38 = 15,32% aller Gestorbenen und zwar 12 = 8,27% der männlichen und 26 = 25,24% der weiblichen oder vom Hundert der in der Berichtszeit Verpflegten 3,43 (2,12 der männlichen, 4,79 der weiblichen). Auffallend stark überwog das weibliche Geschlecht.

Das Verhältnis der Sterblichkeit an Tuberkulose zur Gesamtmortalität in den einzelnen Berichtsjahren war folgendes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1893: | 0 % | 1901: | 57,15 % |
| 1894: | 14,28 % | 1902: | 6,25 % |
| 1895: | 0 % | 1903: | 18,75 % |
| 1896: | 20 % | 1904: | 13,63 % |
| 1897: | 7,14 % | 1905: | 30,0 % |
| 1898: | 12,5 % | 1906: | 12,5 % |
| 1899: | 14,28 % | 1907: | 21,05 % |
| 1900: | 0 % | 1908: | 42,85 %. |



Die zum Teil außerordentlich hohen Prozentsätze, mit denen die Tuberkulose an der Sterblichkeit teil hatte, dürften ihre Erklärung finden in der großen Überfüllung, an der unsere Anstalt seit langen Jahren zu leiden hat. Daraus und aus dem Fehlen einer Infektionsabteilung ergab sich die Unmöglichkeit der Durchführung prophylaktischer und hygienischer Forderungen.

Von den einzelnen Krankheitformen erlagen der Tuberkulose:

| | |
|---|---|
| Einfache Seelenstörung | 28 |
| Paralytische Seelenstörung | 6 |
| Epileptische Seelenstörung | 3 |
| Imbezillität, Idiotie | 1 |
| | 38 |

Die einfache Seelenstörung umfaßte:

| | |
|---|---|
| Chronische Halluzinose | 2 |
| Dementia praecox | 16 |
| Manisch depressives Irresein | 1 |
| Melancholie | 1 |
| Paranoia chronica | 3 |
| Dementia senilis | 1 |
| Dementia secundaria | 3 |
| Lues cerebri | 1 |
| | 28 |

Es erlagen also in unserer Anstalt der Tuberkulose:

| | v. 100 Behandelten | v. 100 Gestorbenen |
|---|---|---|
| Einfache Seelenstörung | 3,44 | 20,0 |
| Paralytische Seelenstörung | 4,00 | 6,74 |
| Epileptische Seelenstörung | 7,14 | 30,0 |
| Imbezillität, Idiotie | 1,33 | 16,6 |

Außer den Lungen waren auch häufig noch andere Organe von der Tuberkulose befallen. Die Lungentuberkulose war vergesellschaftet

in 2 Fällen mit T. intestinalis,
in 2 „ „ Pleuritis tuberculosa
in 2 „ „ T. laryngea und T. intestinalis,
in 1 Fall „ T. intestinalis und Nephrophthisis,
in 1 „ „ Pleuritis tuberculosa und T. intestinalis,





in 1 Fall mit Pleuritis tuberculosa und Encephalomalacia tuberc. cerebri,

in 1 „ „ T. laryngea und T. intestinal. und Nephrophthisis,

in 1 „ „ T. intestinalis und Tabes meseraica und ulcera tuberc. oesophagi,

in 1 „ handelte es sich um Miliartuberkulose mit vorwiegenden Herden in Leber, Milz, Nieren. Als Ausgangspunkt ließ sich nachweisen der Durchbruch einer tuberkulösen Lymphdrüse in die Vena cava superior.

Gleichzeitige Amyloiddegeneration fand sich nur in einem Fall (Amyloid der Milz und Nieren).

Abgesehen von denjenigen Fällen, in denen die Tuberkulose als Todesursache wirkte, fanden sich noch in einer Reihe von Fällen tuberkulöse Herde, teils alte und abgekapselte, teils auch ganz frische, und zwar insgesamt bei 12 (4 Männer und 8 Frauen).

Rechnet man diese 12 Befunde zu den 38 hinzu, so fanden sich insgesamt bei 248 Sektionen 50mal, d. i. in 20,16 % aller Gestorbenen tuberkulöse Erkrankungen.

Weit hinter der Tuberkulose zurück stehen an Bedeutung die übrigen Infektionskrankheiten.

An Pneumonia crouposa starben 4 = 1,61 % aller Gestorbenen. Drei davon entfielen auf die einfache Seelenstörung (1 Dementia praecox, 1 Dementia senilis, 1 Dementia apoplectica) und 1 Fall auf Idiotie.

Dem Erysipel erlagen 2 = 0,8 % der Gestorbenen, ein 29jähriger Mann an Katatonie erkrankt und eine 42jährige Frau mit periodischer Psychose.

An Sepsis ging die gleiche Anzahl 2 = 0,8 % zugrunde; ein 64jähriger Mann mit zirkulärer Psychose mit einer Karies des linken Hüftgelenkes als Ausgangpunkt, und ein 46 jähriger Paralytiker mit ausgedehnter Phlegmone des rechten Armes.

Von epidemischen bzw. endemischen Krankheiten blieb die Anstalt mit Ausnahme einer kleinen Typhusepidemie 1903, bei der kein Fall tödlich verlief, in der Berichtszeit verschont.

Insgesamt starben also an Infektionskrankheiten: 46 = 18,54 % (Männer 18 = 12,41 %, Frauen 28 = 27,18 %); an Infektionskrankheiten exklusiv Tuberkulose: 8 = 3,23 % (Männer 6 = 4,13 %, Frauen 2 = 1,94 %).





## III. Bösartige Neubildungen.

Die Zahl der Todesfälle an solchen betrug insgesamt 11 (5 Männer und 6 Frauen) oder 4,43% (3,44% der Männer und 5,82% der Frauen). Auf das Carcinom entfielen davon von den Männern 4 = 2,75%, von den Frauen 5 = 4,85%, insgesamt also 9 = 3,62%.

An Sarkom starben 2 = 0,8% (1 = 0,69% Männer und 1 = 0,97% Frauen). In beiden Fällen handelte es sich um Knochensarkome.

Zur näheren Orientierung diene die folgende Tabelle.

| Lfd. Nr. | Geschlecht | Psychiatrische Diagnose | Alter | Dauer der Anstalt-behandlg. | Primärer Tumor | Bemerkungen. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | M. | Dementia praecox. | 62 J. | 31 Jahre | Carcinoma ventriculi (curvatura) major) | Metastasen i. Mesent. M. i. pons cerebri. |
| 2. | M. | Dementia praecox. | 60 J. | 24 Jahre | Carc. ventriculi. | Metastasen in der Leber. |
| 3. | M. | Dementia senilis | 71 J. | 2 Jahre | Carc. ventric. (pylori), carc. duodeni, coeci, recti. | Metastasen i. Leber, Gallenblase, Mesenterium. |
| 4. | M. | Paronoia chronica. | 83 J. | 12 Jahre | Carc. prostatae. | |
| 5. | F. | Akute Halluzinose. | 48 J. | 4 Tage | Carc. ventric. (pylori). | |
| 6. | F. | Period. Manie. | 62 J. | 30 Jahre | Carc. ventric. Carc. uteri, vesicae urinariae. | |
| 7. | F. | Dementia praecox. | 71 J. | 35 Jahre | Carc. ventric. (curvatura minor). | Metastasen in den serösen Häuten. |
| 8. | F. | Paranoia chronica. | 62 J. | 18 Jahre | Carc. ventricul., duodeni, coeci, recti, Carc. mammae dextrae. | Metastasen in der Leber, im Mesenterium. |
| 9. | F. | Dementia senilis | 79 J. | 2 Jahre | Carc. ventric. (curvatura minor) adhaerens lieni. | Perforatio ventriculi. Peritonitis. |
| 10. | M. | Akute Halluzinose | 69 J. | 6 Tage | Sarcoma vertebrar. lumbal. | Metastasen in Leber, Lunge, Mesenterium. |
| 11. | F. | Dementia secundaria | 76 J. | 38 Jahre | Sarcoma femoris. | |

Bezüglich der Geschlechter überwog das weibliche um ein geringes. Es überwogen unter den bösartigen Neubildungen die Karzinome. In 6 Fällen (Nr. 1, 2, 5, 6, 7, 9) handelte es sich um isolierte Magenkarzinome, in 2 Fällen (Nr. 3, 8) bildeten die Därme ein untrennbares Konvolut karzinomatöser Geschwulstmassen. Nur in 2 Fällen (Nr. 4, 6) fanden sich Karzinome der Geschlechtsorgane und zwar einmal ein isoliertes Karzinom der Prostata und einmal ein Uterus + Blasenkarzinom bei einer Frau mit gleichzeitigem Magenkarzinom. In Fall Nr. 8 fand sich neben dem Karzinom der Verdauungsorgane gleichzeitig ein Karzinom der rechten Mamma. Bei der gleichen Patientin war die linke Mamma neun Jahre vorher wegen Karzinom amputiert worden.

In Fall Nr. 3 fand sich eine Gastroanastomose, die zwei Jahre vor dem Tode angelegt worden war und den Kranken fast beschwerdenfrei gemacht hatte.

Klinisch nicht diagnostiziert war das Karzinom im Fall Nr. 9, bei dem außer einer Anämie mittleren Grades keinerlei Symptome vorhanden waren.

Sehr häufig fanden sich Metastasen in der Leber und in den Mesenterialdrüsen. Besonders bemerkenswert waren eine Karzinommetastase im Gehirn (Nr. 1) und solche in den verschiedensten serösen Häuten.

Mit einer einzigen Ausnahme befanden sich sämtliche an bösartigen Neubildungen zugrunde gegangenen jenseits des 60. Lebensjahres.

In der Mehrheit der Fälle handelte es sich um die skirrhöse Form, was zum Teil auch in dem langsamen klinischen Verlauf derselben zum Ausdruck kam. In Fall Nr. 3 erfolgte der Tod drei Jahre nach dem sicheren klinischen Nachweis, in Fall Nr. 8 trat er erst fünf Jahre nach diesem ein.

## IV. Örtliche Krankheiten.

### 1. Nervensystem.

Bei der Besprechung der Todesfälle am Nervensystem beginne ich mit der Paralysis progressiva.



Unter den in der Berichtzeit verpflegten Kranken befanden sich: 150 = 13,56% Paralytiker (113 = 20,03% Männer, 37 = 6,82% Frauen). Von diesen 150 Paralytikern starben in der Anstalt: 89 = 59,33% (71 = 62,83% Männer, 18 = 48,64% Frauen). Von diesen 89 gestorbenen Paralytikern erlagen aber nur der Paralyse als solcher, d. h. entweder im Anfall (status paralyticus) oder an reiner nervöser Erschöpfung (Marasmus paralyticus): 27 = 30,33% (23 = 32,39% Männer, 4 = 22,22% Frauen), davon im Status paralyticus: 8 = 8,98% (6 = 8,45% Männer, 2 = 11,11% Frauen) und an Marasmus paralyticus: 19 = 21,34% (17 = 23,94% Männer und 2 = 11,11% Frauen), während an Komplikationen erlagen: 62 = 69,66% (49 = 69,01% Männer und 13 = 72,22% Frauen).

Von Komplikationen kamen die folgenden zur Beobachtung:

| Komplikation | Männer | Frauen | Summa |
|---|---|---|---|
| Pneumonie | 30 | 11 | 41 |
| Lungentuberkulose | 5 | 1 | 6 |
| Lungengangrän | 2 | — | 2 |
| Lungenödem | 3 | — | 3 |
| Eitrige Pleuritis | 1 | 1 | 2 |
| Herzlähmung | 7 | — | 7 |
| Sepsis | 1 | — | 1 |
| | 49 | 13 | 62 |

Die häufigste Komplikation war die Pneumonie. Es starben daran 41 = 46,06%, während insgesamt an Komplikationen von seiten der Atmungsorgane 54 = 60,67% starben.

Bei den 7 Fällen = 7,86%, bei denen bei Paralyse eine Herzerkrankung als unmittelbare Todesursache angenommen wurde, handelte es sich einmal um solche Fälle, in denen sich klinisch akute Symptome von Herzinsuffizienz (Hydrops, Ödeme usw.) fanden, oder wo bereits länger ein Herzleiden konstatiert war, das unter den Symptomen der Herzlähmung endete. Nur diese Fälle wurden als selbständige Komplikation, die als Todesursache Geltung haben konnte, angenommen. Rein pathologisch-anotomisch erwiesen sich diese 7 Fälle als:

Myokarditis in 3 Fällen,

Mitralinsuffizienz mit Hydrops in 1 Fall,



Aorteninsuffizienz in 1 Fall,

Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels in 2 Fällen.

Von den 10 an epileptischer Seelenstörung Gestorbenen starben nur 2 = 20% im epileptischen Anfall (Status epilepticus), weitere 2 = 20% starben an hypostatischer Pneumonie, die als unmittelbare Folge gehäufter Anfälle anzusprechen war, während die übrigen 6 = 60% zufällig komplizierenden Krankheiten erlagen, und zwar handelte es sich 1 mal um Endokarditis, 1 mal um dekompensierte Mitralstenose, 3 mal um Lungentuberkulose und 1 mal um eine Nephritis parenchymatosa.

Außer an Paralyse und Epilepsie starben an Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute insgesamt 10 = 7,25% aller Gestorbenen (7 = 4,82% Männer und 11 = 10,67% Frauen).

Frische Apoplexien ereigneten sich bei 5 = 2,01%; von Krankheitformen wurden betroffen: 1 mal chronische Halluzinose, 1 mal Dementia praecox, 1 mal Dementia secundaria, 2 mal Dementia apoplectica.

Enzephalomalazien fanden sich 7 mal = 2,82% und zwar 1 mal bei Dementia praecox, 1 mal bei manisch depress. Irresein, 2 mal bei Dementia apoplectica, 3 mal bei Dementia senilis.

Meningitis purulenta fand sich in 2 Fällen = 0,8%, 1 mal bei manisch-depressiven Irresein und 1 mal bei Melancholie. In beiden Fällen hatte sie ihre Ursache in einer alten Otitis media purulenta.

Pachymeningitis haemorrhagica fand sich ebenfalls in 2 Fällen = 0,8%, 1 mal bei Dementia senilis und 1 mal bei Dementia secundaria.

Tumor cerebri fand sich in 2 Fällen = 0,8%. In beiden Fällen waren es Männer.

Der Sitz des Tumors war in einem Falle der rechte Stirnlappen; stellenweise erreichte er die Oberfläche des Gehirns, nach hinten reichte er in das Marklager unter der vorderen rechten Zentralwindung und in der Tiefe bis in den vorderen Teil des hinteren Schenkels der innern Kapsel. Ohne jeden Zusammenhang mit dieser Geschwulstmasse fand sich eine zweite im Marklager des rechten Hinterhauptlappens. Die mikroskopische Untersuchung ergab Gliosarkom. Der Tumor war klinisch genau lokalisiert.





Im zweiten Fall war der Sitz des Tumors die Basalfläche des rechten Schläfenlappens (umgrenzte Geschwulstmasse) und der linke Schläfenlappen (in toto von Geschwulstmassen substituiert). Die mikroskopische Untersuchung ergab hier Spindelzellensarkom. In diesem Falle war bei dem Kranken, der moribund zur Aufnahme kam, die Diagnose progressive Paralyse gestellt worden.

Die Todesfälle am Nervensystem (progressive Paralyse, Epilepsie und andere Krankheiten des Gehirns und seiner Häute) betrugen somit in ihrer Gesamtheit: 47 = 18,95% aller Gestorbenen (31 = 21,31% Männer und 16 = 15,53% Frauen).

## 2. Atmungsorgane.

Außerordentlich groß ist die Zahl der Todesfälle infolge Erkrankung der Atmungsorgane, auch dann noch, wenn man die Tuberkulose ausschließt. Es starben nämlich ausschließlich der Tuberkulose an Lungenkrankheiten 85 = 34,37% aller Gestorbenen (56 = 38,58% der Männer und 29 = 28,15% der Frauen). Durch Hinzunehmen der Tuberkulose steigen diese Zahlen auf 123 = 49,59% und zwar 68 = 46,89% Männer und 55 = 53,39% Frauen. Berechnet auf die Gesamtzahl der Verpflegten ergeben sich ausschließlich der Tuberkulose die Zahlen 7,68% (Männer 9,92%, Frauen 5,35%), einschließlich aber der Tuberkulose 11,12% (Männer 12,05%, Frauen 10,14%).

Die wichtigste Rolle wiederum unter den Lungenkrankheiten spielt die Pneumonie. Katarrhalische (Bronchopneumonie) und hypostatische Pneumonie sind nicht getrennt aufgeführt, während die 4 Fälle der Pneumonia crouposa bei den Infektionskrankheiten gezählt sind. Es erlagen dieser Todesursache insgesamt 65 = 26,21% aller Gestorbenen, 42 = 28,96% Männer und 23 = 22,33% Frauen.

Von diesen 65 litten an:

| | | |
|---|---|---|
| 1. Einfacher Seelenstörung | | 19 |
| Dementia praecox | 2 | |
| Melancholie | 4 | |
| Man. depress. Irresein | 1 | |
| Dementia senilis | 9 | |
| Dementia secundaria | 3 | |
| | 19 | |



| | |
|---|---|
| Transport | 19 |
| 2. Paralytischer Seelenstörung | 41 |
| 3. Epileptischer Seelenstörung | 2 |
| 4. Imbezillität, Idiotie | 1 |
| 5. Delirium potatorum | 2 |
| | 65 |

Von den einzelnen Krankheitformen kommt besonders das Delirium in Betracht; es starben von den Gestorbenen Alkoholdeliranten 66,66% an Lungenentzündung, von den gestorbenen Paralytikern 46,06%, von den gestorbenen Epileptikern 20,0%, von den gestorbenen Imbezillen und Idioten 16,6%, von den an einfacher Seelenstörung Gestorbenen 13,57%.

An Bronchitis chronica und zwar purulenta starben 3 = 1,2%, sämtlich Männer mit den klinischen Diagnosen Dementia senilis, Dementia secundaria und Paranoia chronica.

An Gangraena pulmonum starben 4 = 1,61% aller Gestorbenen. Darunter waren 2 männliche Paralytiker, 1 männlicher Melancholiker und 1 Frau mit seniler Demenz. In 2 Fällen handelte es sich um Pneumonie mit sekundärer Infektion, in 2 Fällen um Tuberkulose mit sekundärer Infektion.

An Oedema pulmonum starben 8 = 3,22%, 1 Mann mit Dementia praecox, 1 weibliche Paranoica, 2 mit Dementia senilis (1 Mann und 1 Frau), 3 männliche Paralytiker und 1 männlicher Imbeziller.

An Pleuritis und zwar purulenta starben 5 = 2,01%, 2 Paralytiker (1 Mann und 1 Frau), 1 Mann mit Dementia senilis, 1 Mann mit akuter und 1 Mann mit chronischer Halluzinose.

An anderen Erkrankungen der Atmungsorgane als Tuberkulose und Pneumonie starben somit 20 = 8,06% aller Gestorbenen, 14 = 9,65% Männer und 6 = 5,82% Frauen.

### 3. Kreislauforgane.

Krankheiten des Herzens und des Gefäßsystems bildeten die Todesursache bei 30 = 12,09% aller Gestorbenen (19 = 13,10% der Männer und 11 = 10,67% der Frauen).

Von den Krankheitformen gehörten an:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Einfacher Seelenstörung | 20 |
| 2. | Paralytischer Seelenstörung | 7 |
| 3. | Epileptischer Seelenstörung | 2 |
| 4. | Delirium potatorum | 1 |
| | | 30 |

An Myokarditis starben 12 = 4,83%. Es waren davon erkrankt an Paralyse 5, an einfacher Seelenstörung 7 (Melancholie 2, Dementia praecox 1, Paranoia chronica 2, Dementia apoplectica 1, Dementia secundaria 1).

An Endokarditis starben 5 = 2,01%, 4 an einfacher Seelenstörung Erkrankte (Dementia senilis 2, Dementia secundaria 2) und 1 Epileptiker.

Herzklappenfehler wurden zur Todesursache bei 8 = 3,22%. Davon litten an einfacher Seelenstörung 4 (Dementia praecox 1, Dementia senilis 2, Alcohol. chronic. 1), an Paralyse 2, an Epilepsie 1 und an Delirium potatorum 1.

Was die Art der Klappenfehler anlangt, so handelte es sich um Mitralinsuffizienz in 4 Fällen (Paralyse 1, Dementia praecox 1, Dementia senilis 1, Alcoholismus chronic. 1), um Mitralstenose in 1 Fall (Epilepsie), um Mitralinsufficienz + Miralstenose in 1 Fall (Dementia senilis), um Aorteninsuffizienz in 2 Fällen (Paralyse 1, Delirium alcohol. 1). Es überwogen also bei weitem die Fehler der Mitralklappen.

Bei den 3 = 1,2% Todesfällen durch Embolie handelte es sich

1. um Embolie der A. coronaria sinistra bei einem 75jährigen Mann (Dementia senilis), an dessen Herzen sich eine schwere Endokarditis und Insuffizienz der Aortenklappen, sowie eine fortgeschrittene Atheromatose des Anfangsteils der Aorta fand;

2. um Embolie der A. pulmonalis bei einer 48jährigen Frau (Paranoia chronica), die eine ausgedehnte Thrombose der Vena iliaca sinistra hatte;

3. um Embolie der A. pulmonalis bei einer 61jährigen Frau (Melancholie) mit schwerer Sklerose der Mitralklappen.

Thrombose ist als Todesursache angenommen bei einem 63jährigen Mann (Akute Halluzinose), bei dem die Sektion ergab einen Thrombus im rechten Sinus transversus cerebri, ferner eine



Thrombose der Vena cava superior. Am Herzen fand sich eine Myocarditis chronica, eine Endocarditis chronica verrucosa der Aortenklappen und Insuffizienz und Stenose derselben.

Ruptura cordis ereignete sich in 1 Fall. Seines klinischen und pathologisch-anatomischen Interesses wegen sei er ausführlich mitgeteilt.

Er betraf einen 57jährigen Mann, der sich seit dem Jahre 1897 wegen Dementia paranoides ununterbrochen in der Anstalt befand und seiner schweren Erregungzustände wegen, die sich vornehmlich gegen die Ärzte richteten, jahrelang zu den gefährlichsten Kranken gehörte. Seit dem Jahre 1900 war eine körperliche Untersuchung des Kranken nicht mehr ausführbar gewesen, auch hatte eine dringende Indikation zu einer solchen nicht vorgelegen. Der Kranke war von sehr kräftigem Körperbau, hatte sehr gut entwickelte Muskulatur und reichliches Fettpolster.

Am 15. Oktober 1907 mittags 1 ½ Uhr wurde der Kranke in seinem Zimmer, das er mit einem andern teilte, im Bett auf dem Rücken liegend tot aufgefunden. Da die sofort vorgenommene Leichenschau unter anderem ergab, daß die Leiche noch Blutwärme zeigte, so konnte der Tod erst kurze Zeit vorher eingetreten sein.

Der Mitbewohner des Zimmers, ein besonnener Kranker, gab an, daß er nichts Auffälliges bemerkt habe, sein Zimmergenosse sei wiederholt aus dem Bett aufgestanden und habe sich ruhig wieder ins Bett gelegt. Er habe nicht bemerkt, daß der Tod bei ihm eingetreten sei. Am Morgen zwischen 9 und 10 Uhr während der ärztlichen Visite hatte der Kranke Auffälliges nicht gezeigt. Er ging, wie schon häufig beobachtet war, lautlos in schnellem Tempo einen kleinen Kreis beschreibend im Zimmer umher. Als er den Arzt wahrgenommen hatte, kam er unter drohenden Gebärden auf ihn zu und gab durch wüstes Schimpfen seine Abneigung gegen ihn kund. Die Sektion hatte folgendes Ergebnis:

Großer kräftig gebauter Leichnam, starkes Fettpolster überall. An der äußeren Bedeckung nirgends etwas Auffälliges sichtbar. Am Rücken und den Lendenteilen zyanotische Hautfärbung. Schädelhöhle: Das Schädeldach ist in seiner Gesamtheit sehr massiv. Die Dura ist auf ihrer Innenfläche glatt und glänzend. Die Pia ist durchsichtig, zeigt keine Verdickungen. Das Hirngewicht ist 1500 g. Die Windungen sind normal, die Hirnventrikel nicht erweitert, fast ohne Flüssigkeit. Das Ependym ist glatt, die Gefäße der Basis lassen mikroskopisch keine atheromatösen Veränderungen erkennen. Brusthöhle: Zwergfellstand beiderseits fünfte Rippe. Beide Pleurahöhlen sind frei, die Lungenpleuren ohne Auflagerungen. Der Herzbeutel wölbt sich prall hervor. Bei seiner Eröffnung werden 400 g dunkelrotes Blut mit großen Speckgerinnseln entleert.



Das Gewicht des Herzens beträgt 650 g. Sehr reichliche epikardiale Fettmassen. An der Vorderwand des Herzens nahe der Herzspitze findet sich eine in den linken Ventrikel führende, 3 cm lange Rißstelle mit unregelmäßigen Rändern. Das Gewebe ist an dieser Stelle stark durchblutet.

Der rechte Ventrikel ist erweitert, Papillarmuskeln sind stark entwickelt. Die Klappen des Ostium venosum und diejenigen der Pulmonalis sind ohne jede arteriosklerotischen Veränderungen. Der rechte Vorhof ist erweitert, die Muskulatur sehr kräftig.

Der linke Ventrikel ist stark erweitert. An der Spitze befindet sich die beschriebene Rißstelle. Die Muskulatur ist im oberen Teil hypertrophisch, in dem unteren Teil jedoch auffallend dünn. Die Muskulatur zeigt hier eine gleichmäßig blaßgelbe Farbe. Die Klappen des Ostium venosum und die der Aorta sind auch hier ohne Veränderungen. Ebenso zeigen weder Aorta noch Pulmonalis noch die Koronargefäße irgend welche sklerotische Veränderungen.

Die mikroskopische Untersuchung, die durch das pathologische Institut in Kiel bestätigt wurde, ergab fettige Degeneration der Muskelzellen, hochgradige Atrophie (starke Verschmälerung) derselben mit ganz feinem dünnen Kern, dem Pigment angelagert ist. An der Rißstelle Durchblutung des Gewebes. An den Gefäßen konnten auch mikroskopisch keine Veränderungen gefunden werden.

Die Lungen zeigen keinerlei pathologische Veränderungen. B a u c h - h ö h l e: Der Magen ist stark erweitert und aufgetrieben. Die Schleimhaut ist intakt. Das Mesenterium enthält große Fettmassen.

Die Milz wiegt 150 g ist von blasser Farbe. Die Nieren sind in dicke Fettkapseln eingebettet. Die linke Niere wiegt 175 g, die rechte 125 g. Ihre Oberfläche ist granuliert, die Farbe blaß.

Die Leber wiegt 2200 g, die Oberfläche ist glatt, die Konsistenz derb, die Schnittfläche zeigt normale Zeichnung. Im Darmkanal und den Genitalien finden sich keine pathologischen Veränderungen.

Ohne des näheren auf die Ätiologie spontaner Herzrupturen eingehen zu wollen, so sei doch besonders hervorgehoben, daß in unserem Falle eine Gefäßerkrankung, auch eine Erkrankung der Koronararterien, sich n i c h t fand, so daß wohl die allgemeine fettige Degeneration und Atrophie der Herzmuskulatur als Ursache für die Zerreißung anzusehen ist. Eine Vermutung ist die, daß durch die mit großer Schnelligkeit ausgeführten Bewegungen des Kranken (er drehte sich, wie eingangs erwähnt, lange in einem Kreis) eine Erhöhung des Blutdruckes herbeigeführt wurde, dem die pathologisch veränderte Herzwand nicht genügend Widerstand leisten konnte.

### 4. V e r d a u u n g s o r g a n e.

Gegenüber den bisher besprochenen Todesursachen treten die nun folgenden weit an Bedeutung zurück.



So ereignete sich nur ein Todesfall in Folge von Erkrankung der Verdauungsorgane, wenn man von den bösartigen Neubildungen derselben, die an anderer Stelle besprochen sind, absieht.

Dieser eine Fall betraf einen Ileus bei einem 89jährigen Mann mit Dementia senilis. Die Sektion ergab in diesem Falle:

Dünndärme und Peritoneum teilweise fest verwachsen, fühlen sich an zahlreichen Stellen fest an. Am Dünndarm finden sich von 10 cm unterhalb des Pylorus beginnend bis zur Valvula ileocolica in ungleichmäßig weiter Entfernung von einander stehende ringförmige Einschnürungen. Das Darmlumen ist an diesen Stellen bis auf Bleistiftdicke stenosiert. Die oberhalb der verengten Stellen gelegenen Darmpartien sind zum Teil stark dilatiert und in ihrer Muskularis verstärkt. Die Schleimhaut zeigt an den eingeschnürten Stellen festes Narbengewebe. Der Kranke hatte in seiner Jugend eine Dysenterie gehabt.

### 5. Harn- und Geschlechtsorgane.

Drei = 1,21% aller Gestorbenen starben an Nephritis. In einem Falle handelt es sich um eine akute parenchymatöse Nephritis, wahrscheinlich toxischer Natur (e sulfonali), bei einer 33jährigen Frau mit Paranoia chronica. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um chronische interstitielle Nephritis bei einem 65jährigen Mann mit Melancholie und einem 33jährigen Epileptiker. Der Fall eines Prostatakarzinoms ist an anderer Stelle gezählt.

## V. Selbstmord.

Drei = 1,21% aller Gestorbenen endeten durch Selbstmord, das sind 0,27% aller in der Berichtzeit Verpflegten. Von diesen drei Selbstmorden ereignete sich aber nur einer in der Anstalt, so daß für eine „Statistik von Selbstmorden in Irrenanstalten" die Zahlen auf 0,4%, bezüglich 0,09% heruntergehen.

Die Fälle seien chronologisch geordnet aufgeführt:

1. 1901 ein 34jähriger Mann mit Paranoia chronica. Der Kranke, der seit Monaten ein eigenes Zimmer bewohnte und bei dem niemals Anzeichen hervorgetreten waren, die auf selbstmörderische Absichten hätten schließen lassen, erhängte sich.

Die Sektion ergab Pachy- et Leptomeningitis, Windungsanomalien, ferner Fettleber und Stauungsnieren.

2. 1907 ein 54jähriger Mann mit Alkoholismus chronicus. Der Kranke erhängte sich bei einer Beurlaubung.



In diesem Falle wurde nur die Gehirnsektion vorgenommen. Sie ergab: Die Dura war mit dem Schädeldach an mehreren Stellen fest verwachsen, die Pia überall durchsichtig, löst sich leicht ab. Hirngewicht 1350 g. Die linke untere Stirnwindung ist etwas schmaler als die rechte. Die obere linke Schläfenwindung erscheint in ihrem hintersten Teil eingezogen. Die Ventrikel sind nicht erweitert und enthalten keine Flüssigkeit. Neben dem linken Thalamus opticus findet sich eine oberflächliche bohnengroße gelbbraune Erweichung. In der Capsula interna links erbsengroßer alter Erweichungsherd. Ein Sagittalschnitt, der am hinteren Ende der obersten Schläfenwindung angelegt wird, schneidet links eine haselnußgroße Zyste an, die sich in den Hinterhauptlappen erstreckt, deren Wände verdickt und braun pigmentiert sind. Die Zyste enthält etwas klare Flüssigkeit.

Dieser Fall bot insofern ein besonderes Interesse, als bei diesem Kranken im Anschluß an eine Apoplexie eine rechtsseitige Hemiplegie und ein komplizierter aphasischer Symptomenkomplex eintrat, die beide nach 1½ Jahren nur noch Spuren aufwiesen.

3. 1908 ein 62 jähriger Mann mit Melancholie. Der Kranke, der sich im Allgemeinen Krankenhause in Behandlung befand, sprang dort aus dem ersten Stockwerk in einen mit Steinen gepflasterten Gang und wurde sterbend in die Anstalt eingeliefert.

Die Sektion ergab eine ausgedehnte Schädelfraktur (Fractura oss. occipitalis, sphenoidalis, temporalis dextri et sinistri, parietalis sinistri, frontalis, ferner Fractura costar. I—VII sinistr, Ruptura renis sinistri.

Am Gehirn fand sich Pachymeningitis chronica externa, eine Rißwunde der Dura, ein Hämatom der Dura und eine Verletzung der grauen Substanz beider Schläfenlappen.

## VI. Unbekannte Todesursache.

Eine Todesursache fand sich nicht angegeben bei 14 Fällen, bei 9 Männern und bei 5 Frauen. Bei den Männern entfielen 7 auf die einfache Seelenstörung (1 mal Dementia senilis, 2 mal Manie, 1 mal Melancholie, 1 mal Paranoia chronica, 2 mal Dementia praecox) 2 auf die Imbezillität. Die Frauen, bei denen eine Todesursache nicht verzeichnet war, gehörten sämtlich der einfachen Seelenstörung an (2 mal Paranoia chronica, 3 mal Dementia praecox).

Bevor ich einen Rückblick auf die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen tue, seien nochmals Krankheitformen und Todesursachen in ihrem gegenseitigen Verhältnis in einer Übersichtstabelle wiedergegeben.



**Todesursachen:**

| Krankheitsformen | Marasmus | Anaemia perniciosa | Tuberkulose | Pneum. crouposa | Erysipel | Sepsis | Karzinom | Sarkom | Apoplexie | Pachym. haemorrhag. | Meningit. purulent. | Enzephalomalazie | Tumor cerebri | Status paralyticus | Status epilepticus | Pneumonia catarrh. | Bronchitis | Gangraena pulmon. | Oedema pulmon. | Pleuritis | Myodegeneratio | Endokarditis | Klappenfehler | Ruptura cordis | Embolie | Thrombose | Ileus | Nephritis | Suizid | Unbekannte Ursachen | Gesammtfälle |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Akute Halluzinose | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 4 |
| Chron. Halluzinose | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 5 |
| Dementia praecox | — | — | 16 | 1 | 1 | — | 3 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 2 | — | — | 1 | — | 1 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | 5 | 35 |
| Man.depressiv.Irres. | — | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 6 |
| Melancholie ...... | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 4 | — | 1 | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | 1 | 14 |
| Manie ........... | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 3 |
| Paranoia chronica. | — | 1 | 3 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 2 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | 3 | 16 |
| Dementia apoplect. | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 2 | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 6 |
| Dementia senilis... | 6 | — | 1 | 1 | — | — | 2 | — | — | 1 | — | 3 | — | — | — | 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | — | 2 | 2 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 35 |
| Dementia secundar. | — | — | 3 | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 3 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 11 |
| Lues cerebri ...... | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Tumor cerebri .... | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 |
| Alcoholism. chron. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 2 |
| Progress. Paralyse. | 19 | — | 6 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 8 | — | 41 | — | 2 | 3 | 2 | 5 | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | 89 |
| Epilepsie ......... | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 10 |
| Imbezillität ....... | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 6 |
| Delirium alcohol... | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 3 |
| | 26 | 1 | 38 | 4 | 2 | 2 | 9 | 2 | 5 | 2 | 2 | 7 | 2 | 8 | 2 | 65 | 3 | 4 | 8 | 5 | 12 | 5 | 8 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 14 | 248 |

Die Ordnung der Todesursachen ihrer Häufigkeit nach gibt folgendes Bild. Es starben von den 248 Gestorbenen an

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lungenentzündung | 65 | = | 26,21 % |
| Paralyse, Epilepsie und andere Gehirnkrankheiten | 47 | = | 18,95 % |
| Tuberkulose | 38 | = | 15,32 % |
| Krankheiten des Herzens und Gefäßsystems | 30 | = | 12,09 % |
| Bronchitis und anderen Lungenkrankheiten | 20 | = | 8,06 % |
| Bösartige Neubildungen | 11 | = | 4,43 % |
| Infektionskrankheiten exklusiv Tuberkulose | 8 | = | 3,23 % |
| Marasmus und anderen Ernährungstörungen | 8 | = | 3,23 % |
| Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane | 3 | = | 1,21 % |
| Suizid | 3 | = | 1,21 % |
| Krankheiten der Verdauungsorgane | 1 | = | 0,41 % |
| Todesursache unbekannt | 14 | = | 5,65 % |
| | 248 | = | 100 % |

Als Resultat ergibt sich, daß von den 248 Gestorbenen nur etwa $^1/_4$ der Geistesstörung als solcher oder einem Gehirnleiden erlagen, während $^4/_5$ an anderweitigen körperlichen Krankheiten starben. Unter diesen nehmen wiederum die Krankheiten der Atmungsorgane die erste Stelle ein, wobei die akuten mit 34,27% vorherrschten. Eine wirklich bedeutsame Rolle hatten dann nur noch die Krankheiten des Herzens und Gefäßsystems.

## II.

Im zweiten Teil vorliegender Arbeit sollen die makroskopischen pathologisch-anatomischen Befunde, die bei den 248 gestorbenen Geisteskranken am Gehirn erhoben wurden, einer Besprechung unterzogen werden. Während man in der übrigen Medizin gewöhnt ist, als letzte Bestätigung der Krankheitauffassung den Leichenbefund anzusehen, so ist in der Psychiatrie der Untersuchung nach dem Tode eine beschränktere Bedeutung zuzumessen, insofern als in denjenigen Fällen, wo die Diagnose einer Geistesstörung nicht aus den Erscheinungen am Leben gestellt werden konnte, die Gehirnuntersuchung wohl kaum eine Entscheidung herbeiführen kann. Trotzdem verdienen aber die Leichenbefunde besonders der Gehirne der Geisteskranken eine weitgehende Würdigung. Denn die anatomischen Ver-



änderungen, die dem Irresein selbst entsprechen, d. h. die während des Lebens die psychischen Anomalien veranlassen, darf man doch nirgends anders als im Gehirn und seinen Häuten suchen. Auf Grund der Zusammenstellung einer größeren Anzahl von Gehirnbefunden wird man zu einer Reihe von Fragen Stellung nehmen können, die von Interesse sind.

Wie oft findet sich überhaupt ein pathologischer Befund an den Gehirnen Geisteskranker?

Unter unseren 248 Gestorbenen betrug die Zahl der Fälle, wo anatomische Alterationen nicht verzeichnet waren, insgesamt 88, bei weitem die Mehrzahl derselben also wies solche auf. Diese 88 Fälle verteilen sich auf die einzelnen klinischen Krankheitformen wie folgt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Auf | Einfache Seelenstörung | (140) | 56 |
| | Akute Halluzinose | ( 4) | 2 |
| | Chronische Halluzinose | ( 5) | 4 |
| | Dementia praecox | (35) | 21 |
| | Man. depressiv. Irresein | ( 6) | 2 |
| | Melancholie | (14) | 6 |
| | Manie | ( 3) | 1 |
| | Paranoia chronica | (16) | 12 |
| | Dementia apoplectica | ( 6) | 0 |
| | Dementia senilis | (35) | 3 |
| | Lues cerebri | ( 1) | 0 |
| | Tumor cerebri | ( 2) | 0 |
| | Dementia secundaria | (11) | 5 |
| | Alcoholism. chronic. | ( 2) | 0 |
| | Paralytische Seelenstörung | (89) | 25 |
| | Epileptische Seelenstörung | (10) | 4 |
| | Imbezillität, Idiotie | ( 6) | 2 |
| | Delirium potatorum | ( 3) | 1 |
| | | (248) | 88 |

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß diejenigen Krankheiten, die regelmäßig mit einem psychischen Schwächezustande einhergehen, wie progressive Paralyse, Dementia senilis, Dementia apoplectica usw. nur relativ selten anatomische Befunde vermissen ließen.

Die einzelnen Arten der gefundenen Veränderungen sind in der folgenden Tabelle wiedergegeben.



**Krankheitform:**

| Anatomische Veränderungen | Gesamtfälle | Akute Halluzinose | Chron. Halluzinose | Dementia praecox | Man. depress. Irresein | Melancholie | Manie | Paranoia chronica | Dem. apoplectica | Dem. senilis | Dem. secundar. | Lues cerebri | Tumor cerebri | Alcohol. chron. | Progressive Paralyse | Epilepsie | Idiotie | Delirium potatorum. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Pachymening. externa | 88 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 16 | 4 | 1 | 2 | 2 | 40 | 2 | — | 2 |
| 2. Pachymening. interna | 20 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 6 | 1 | — | — | — | 9 | 1 | — | — |
| 3. Leptomeningitis ..... | 90 | 1 | — | 5 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 20 | 2 | — | — | 1 | 45 | 2 | 2 | 2 |
| 4. Hydrocephal. externus | 35 | — | — | 2 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 7 | 1 | — | — | — | 18 | — | 2 | 1 |
| 5. Hydrocephal. internus | 51 | — | — | 3 | — | — | — | 1 | 2 | 9 | — | — | — | — | 33 | 2 | 1 | — |
| 6. Ependymit. granular. | 53 | — | — | — | — | 1 | — | — | 3 | 4 | — | — | — | — | 44 | 1 | — | — |
| 7. Haemorrhagia ....... | 8 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | 3 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| 8. Encephalomalacia ... | 23 | — | 1 | 2 | 1 | — | — | — | 3 | 10 | — | — | — | 1 | 4 | — | — | 1 |
| 9. Atrophia ............ | 65 | — | — | 2 | — | 2 | — | 2 | 1 | 15 | — | — | — | — | 40 | 1 | 2 | — |
| 10. Atheroma vasor...... | 32 | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | 15 | — | — | — | — | 12 | 1 | 2 | — |
| 11. Tumoren..........„ | 3 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — |
| 12. Cysticercus cellulosae | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | 469 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Am häufigsten waren demnach Befunde von Veränderungen an den Hirnhäuten; diejenigen der harten Hirnhaut übertrafen an Zahl die der weichen Häute. In erster Linie betrafen die Veränderungen der harten Hirnhaut Verwachsungen mit der Schädeldecke und Verdickungen, in einer geringeren Zahl handelte es sich um Hämorrhagien und Hämatome der Innenseite. Bei den Veränderungen der weichen Häute sind Trübungen, Verdickungen und Verwachsungen zusammengefaßt.

Insgesamt wurden 469 pathologische Befunde bei 160 Gehirnen erhoben.

Gibt es nun Leichenbefunde am Gehirn, die erfahrunggemäß bei bestimmten Formen von Geisteskrankheiten beobachtet werden, so daß sie für diese pathognomonisch sind?

Diese Frage wird nur mit großer Einschränkung bejaht werden können. So gibt es fast keine Art von Psychose, bei der nicht Veränderungen an den Hirnhäuten beobachtet wären.





Ausgezeichnet durch Häufigkeit und eine gewisse Regelmäßigkeit waren die Befunde nur bei der progressiven Paralyse. Sie seien folgend wiedergegeben. Es fand sich:

| | Männer | Frauen | Summa | Prozent |
|---|---|---|---|---|
| Pachymeningitis externa | 36 | 4 | 40 | 44,94 |
| Pachymeningitis interna | 6 | 3 | 9 | 10,11 |
| Leptomeningitis | 34 | 11 | 45 | 50,5 |
| Hydrocephalus externus | 14 | 4 | 18 | 20,2 |
| Hydrocephalus internus | 22 | 11 | 33 | 37,0 |
| Ependymitis granularis | 35 | 9 | 44 | 49,4 |
| Atrophia | 28 | 12 | 40 | 44,94 |
| Encephalomalacia | 3 | 1 | 4 | 4,49 |
| Atheroma vasorum | 11 | 1 | 12 | 13,5 |

Die deutlich sichtbare und fühlbare Granulation des Ventrikelependyms war in 4 Fällen nur auf die 4 Ventrikel beschränkt.

Bei den Fällen von Atrophie des Gehirns handelte es sich in 26 Fällen um eine allgemeine Atrophie, in 14 Fällen um eine vorwiegende Rindenatrophie.

Als Hirngewicht ergab sich (Wägung ohne Häute und nach Eröffnung der Ventrikel):

| | | |
|---|---|---|
| Höchstes Gewicht: | Männer: 1375 g, | Frauen: 1250 g |
| Niedrigstes Gewicht: | Männer: 950 g, | Frauen: 1000 g |
| Mittleres Gewicht: | Männer: 1236 g, | Frauen: 1143 g. |

Die Erweichungsherde hatten ihren Sitz 1 mal im rechten Stirnhirn (obere Windung), 1 mal im linken Schläfenhirn, 1 mal im linken Thalamus opticus, 1 mal in dem Pons.

Nimmt man die Kombination von Atrophie, leptomeningitischen Veränderungen, Erweiterung der Ventrikel mit vermehrter Flüssigkeit und Ependymgranulation als für die Paralyse typisch an, so fand sich dieser Befund in 18 = 20,2%.

Pachymeningitis und Leptomeningitis fand sich kombiniert in 39 Fällen; 10 mal fand sich Pachymeningitis ohne gleichzeitig leptomeningitische Veränderungen, nur 6 mal Leptomeningitis ohne gleichzeitige pachymeningitische Veränderungen. Im übrigen fanden sich die verschiedensten Kombinationen der genannten Veränderungen vor. In 2 Fällen fand sich als einzige Veränderung eine Pachymeningi-



tis, einmal als einzige Veränderung eine intensive Ependymitis granularis aller Ventrikel.

Die Pachymeningitis interna fand sich in allen Abstufungen vom leichten schleierartigen Belage bis zur dicken schwartigen Auflagerung (2 Fälle). In sämtlichen Fällen der Pachymeningitis interna waren auch leptomeningitische Veränderungen vorhanden.

Den Paralysebefunden am ähnlichsten an Zahl und Art waren die bei Dementia senilis, wie folgende Gegenüberstellung zeigt:

| | Progress. Paralyse | Dementia senilis | Proz. der Paralysefälle | Proz. der Dementia senilisfälle |
|---|---|---|---|---|
| Pachymeningitis externa | 40 | 16 | 44,94 | 45,71 |
| Pachymeningitis interna | 9 | 6 | 10,11 | 17,14 |
| Leptomeningitis ....... | 45 | 20 | 50,5 | 57,14 |
| Hydrocephalus externus | 18 | 7 | 20,2 | 20,0 |
| Hydrocephalus internus. | 33 | 9 | 37,0 | 20,57 |
| Ependymitis granularis . | 44 | 4 | 49,4 | 11,42 |
| Haemorrhagia ......... | — | 2 | — | 5,74 |
| Encephalomalacia ...... | 4 | 10 | 4,49 | 28,54 |
| Atrophia .............. | 40 | 15 | 44,94 | 42,58 |
| Atheroma vasorum .... | 12 | 15 | 13,5 | 42,58 |

Diese Ähnlichkeit dürfte ihren Grund wohl darin haben, daß bei beiden Krankheitformen arteriosklerotische Gefäßveränderungen ursächlich für die Veränderungen wirksam sind. Auch klinisch kommt ja öfters im Bilde des Marasmus eine Ähnlichkeit zum Ausdruck.

Bei den übrigen Krankheitformen fanden sich keinerlei irgendwie regelmäßige anatomische Veränderungen.

Bei einem zufälligen Tumorbefund in dem Pons cerebri eines Kranken mit Dementia praecox handelte es sich um die Metastase eines Magenkarzinoms.

In 2 Fällen von Melancholie fand sich eine erhebliche Atrophie des Gehirns und gehörten diese der senilen Form zu.

Die Hirnbefunde der Paranoiker haben nichts Besonderes zutage gefördert.

In einem Falle von Idiotie fand sich eine ausgesprochene Aplasie des Lobus frontalis mit allgemeiner Mikrogyrie, in einem anderen Falle fanden sich multiple Porencephalien.







Solche fanden sich auch im Gehirn eines Epileptikers, dessen Ventrikelependym überall starke Granulationen aufwies.

In einem Fall von Dementia praecox fand sich als zufälliger Befund ein Cysticercus cellulosae, der klinische Erscheinungen nicht gemacht hatte.

Über die Gewichtsverhältnisse der Gehirne der einzelnen Krankheitformen sollen Mitteilungen nicht gemacht werden, da das Material bezüglich Wägungsmethoden zu ungleich war, um für Vergleichzwecke einen Wert zu haben.

## III.

Zum Schlusse der Arbeit sollen noch die makroskopischen Befunde in den Körperhöhlen und Organen mit Ausschluß des Zentralnervensystems wiedergegeben werden, wie sie sich bei unseren 248 Sektionen ergaben. Ich bediene mich zunächst wieder einer Tabelle, in der Organerkrankungen und psychische Krankheitformen übersichtlich geordnet sind.

**Psychische Krankheitsform:**

| Organbefund | Gesamtfälle | Akute u. chron. Halluzinose | Dementia praecox | Man. depress. Irresein | Melancholie | Manie | Paranoia chronica | Dementia apoplectica | Dementia senilis | Dementia secundar. | Lues cerebri | Tumor cerebri | Alcohol. chronicus | Progress. Paralyse | Epilepsie | Imbezillität. Idiotie | Delirium potatorum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gefäßsystem. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perikarditis acuta, chron. | 26 | 2 | 6 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | 5 | 1 | — | 1 | 1 | 4 | 1 | — | — |
| Myokarditis, Cor adiposum | 39 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | — | 6 | 3 | — | — | — | 10 | 1 | 3 | 2 |
| Endokarditis, Klappenfehler | 39 | 3 | 7 | 1 | 2 | — | 1 | — | 11 | 1 | — | — | 1 | 9 | 2 | — | 1 |
| Hypertrophie d. l. Ventrikels | 30 | 2 | 3 | 1 | 2 | — | 1 | 2 | 9 | — | — | — | 1 | 7 | 2 | — | — |
| Atherom d. Aorta | 36 | — | — | 1 | — | 2 | 1 | — | 7 | — | — | — | 1 | 24 | — | — | — |
| Allgem. Atheromatose | 18 | — | — | — | — | — | — | — | 8 | — | — | — | — | 10 | — | — | — |
| Thrombose und Embolie | 4 | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Ruptura cordis | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | 193 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Organbefund | Gesamtfälle | Akute u. chron. Halluzinose | Dementia praecox | Man. depress. Irresein | Melancholie | Manie | Paranoia chronica | Dementia apoplectica | Dementia senilis | Dementia secundar. | Lues serebri | Tumor cerebri | Alcohol. chronicus | Progress Paralyse | Epilepsie | Imbezilität. Idiotie | Delirium potatorum |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atmungsorgane. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pneumonie .......... | 69 | — | 3 | 1 | 4 | — | — | 1 | 10 | 3 | — | — | — | 41 | 2 | 2 | 2 |
| Bronchitis .......... | 3 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Oedema .............. | 9 | — | — | — | — | — | 2 | — | 3 | — | — | — | — | 3 | — | 1 | — |
| Gangraena .......... | 4 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Emphysema .......... | 30 | — | 3 | 1 | 4 | 2 | — | — | 8 | 5 | — | — | — | 4 | 3 | — | — |
| Tuberkulose .......... | 50 | 3 | 17 | 1 | 1 | — | 6 | — | 8 | 3 | 1 | — | — | 6 | 3 | 1 | — |
| Larynxtuberkulose .... | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Pleuritis ............ | 62 | 4 | — | 1 | 2 | — | 6 | 2 | 14 | 5 | — | — | — | 23 | 2 | 3 | — |
| | 229 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verdauungsorgane. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Neubildungen, Karzinom, Sarkom ............ | 8 | 1 | 3 | — | — | 1 | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Dilatatio ventriculi ... | 4 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Gastroenteritis ........ | 23 | — | — | — | — | — | — | — | 10 | — | — | 1 | — | 12 | — | — | — |
| Fettleber ............. | 12 | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | 3 | 1 | — | 1 | — | 4 | — | — | — |
| Zirrhose ............ | 18 | — | 1 | — | 2 | — | 1 | — | 5 | — | — | — | — | 7 | — | — | 2 |
| Cholelithiasis.......... | 18 | 2 | 5 | — | 3 | — | — | — | 5 | 1 | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Milztumor ........... | 10 | — | — | — | — | — | — | — | 6 | — | — | — | — | 4 | — | — | — |
| Darmtuberkulose ..... | 8 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 2 | — | — | — | 2 | 1 | 1 | — |
| | 101 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Harn- und Geschlechtsorgane. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nephritis ............ | 45 | — | 5 | 1 | 2 | — | 4 | 1 | 14 | 1 | — | 1 | — | 14 | 1 | — | 1 |
| Amyloidniere ......... | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Fettniere ............. | 7 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | 2 | — | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Pyelonephritis (Nephrose) | 4 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Cystitis ............. | 25 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 5 | — | — | — | — | 18 | — | — | — |
| Hypertrophia prostatae | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Carcinoma prostatae... | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Strictura urethrae .... | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Nierentuberkulose ..... | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Myoma, fibroma uteri . | 5 | — | 1 | — | 2 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Cystoma ovarii ....... | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| | 95 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wirbelsarkom ........ | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Oberschenkelsarkom ... | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unter den Organveränderungen, die in den Leichen der Geisteskranken gefunden wurden, nahmen der Häufigkeit nach diejenigen der Atmungsorgane die erste Stelle ein.

Es fanden sich Veränderungen an den Atmungsorganen in 186, d. i. in 75% aller Gestorbenen. Die bei weitem häufigsten Veränderungen waren solche pneumonischer Art. Was die Art der Krankheit anlangt, so beteiligte sich mit der größten Zahl an pneumonischen Veränderungen die progressive Paralyse, bei der sie meist die Todesursache abgaben.

Von den Veränderungen an der Pleura entfiel die Mehrzahl auf die Tuberkulose, die geringere Zahl auf die Pneumonie. Am häufigsten vertreten war das seröse Exsudat, dann folgten ältere pleuritische Schwarten, dann frische Beläge und Verklebungen und nur 2 mal fand sich ein eitriges Exsudat.

Lungengangrän fand sich nur in 4 Fällen, 3 mal mit Tuberkulose und 1 mal mit Pneumonie vergesellschaftet.

Ein ausgesprochenes Lungenödem fand sich nur in wenigen Fällen, während Hyperämie der Lungen zu den regelmäßigsten Befunden gehörte, namentlich bei der Paralyse.

Einen sehr hohen Anteil an den Erkrankungen der Atmungsorgane hatte die Tuberkulose, in 38 Fällen wurde sie zur Todesursache, in den übrigen Fällen handelte es sich um Anfänge oder ausgeheilte Herde.

Sicher ist, daß in den Psychosen selbst günstige Vorbedingungen für die Entwickelung der Tuberkulose liegen. Man denke nur an die unvollkommene Atmung Geisteskranker, an die oftmals ungenügende Nahrungsaufnahme oder die ungenügende Verarbeitung im Stoffwechsel, ferner an die Unreinlichkeit vieler Kranker, an die langausgedehnte Bettruhe. Das übrige dazu tut dann die häufige Überfüllung von Irrenanstalten und die damit verbundene Unmöglichkeit hygienischer Maßnahmen.

So war es auch in unserer Anstalt.

Bei den 248 Sektionen entfielen von 620 überhaupt an der Leiche gefundenen Veränderungen (exklusiv der am Zentralnervensystem) 229 auf die Atmungsorgane.

Am zweithäufigsten waren pathologische Veränderungen am Herzen und Gefäßsystem. Sie fanden sich insgesamt in 182 = 73,38 % der Fälle.



Unter den Herzerkrankungen spielten die Hauptrolle diejenigen, die in sklerotischen Prozessen der Gefäße ihre Ursache haben.

Was die Form der Geistesstörung betrifft, so waren es meist die Krankheiten mit chronischem Verlauf, die Herzveränderungen zeigten. Besonders häufig waren sie bei der progressiven Paralyse. Am häufigsten fand sich bei dieser die chronische Endokarditis unmittelbar über den Aortenklappen am Anfangsteil der aorta ascendens, nämlich in 24 = 26,8% der Fälle.

Die ziemlich häufigen Hypertrophien des linken Ventrikels waren zu einem Teil Kompensationen der atheromatösen Prozesse, zum andern Teil standen sie im Zusammenhang mit den eigentlichen Herzklappenfehlern.

Solche fanden sich in reichlicher Anzahl. Es waren ihrer Häufigkeit nach solche der Mitralis, dann folgten Aortenklappen; Klappenfehler des rechten Herzens fanden sich 2 mal.

Bei den Fällen von Perikarditis handelte es sich überwiegend um seröse Ergüsse; in der Mehrzahl davon fanden sich auch andere Stauungsymptome.

Veränderungen am Herzmuskel zeigte am häufigsten die Paralyse.

Die Zahl der Erkrankungen der Verdauungsorgane hält sich in bescheidenen Grenzen.

Darmkatarrhe entfielen in der Mehrzahl auf die Paralyse. Häufiger fanden sich Fettleber und zirrhotische Prozesse der Leber, beide auch kombiniert.

Bei der Cholezystitis bezüglich Cholelithiasis bestätigte sich zunächst die Regel, daß sie bei Frauen häufiger als bei Männern gefunden wird.

Sie fand sich bei 4 = 2,75% Männern und 14 = 13,59% Frauen, insgesamt also bei 18 = 7,25%.

Nach der Form der Psychose gehörten an: bei den Männern 3 der einfachen Seelenstörung (Dementia senilis) und 1 der progressiven Paralyse, bei den Frauen 13 der einfachen Seelenstörung (akute Halluzinose 1, chron. Halluzinose 1, Dementia praecox 5, Melancholie 3, Manie 1, Dementia senilis 2, und 1 der progressiven Paralyse.

Die Männer standen im 40., 71., 75., 85. Lebensjahr.

Die Frauen im 35., 40., 41., 48., 49., 53., 57., 58., 61., 63., 75., 76., 85., 86. Lebensjahr.



In 3 Fällen war die Cholecystitis eitrig, in 1 Falle die Gallenblase gänzlich oblitteriert, in 1 Fall war sie in das Abdomen perforiert (Abszessbildung).

Eine Gallenblase enthielt als höchste Zahl 41 Steine, 1 mal fand sich ein Cystikusstein.

Unter den Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane standen die Nierenerkrankungen oben an, vorwiegend betrafen sie die Paralyse und senile Demenz. Häufig waren nur noch Fälle von Cystitis bei der Paralyse.

Alle übrigen Befunde waren ganz vereinzelt und ohne sonderliche Bedeutung für einzelne Krankheitformen.

Ein Rückblick auf die zahlreichen körperlichen Erkrankungen, die bei den Geisteskranken gefunden wurden, wird den Eindruck hinterlassen, daß die Geisteskrankheiten das Entstehen von gewissen körperlichen Krankheiten entschieden begünstigen. Näher soll auf die bestehenden Zusammenhänge nicht eingegangen werden.

---





# Sauerstoffbäder in der Irrenpflege*).

Von

Oberarzt Dr. **Frotscher** und Dr. **Becker**.

Die Firma L. Elkan stellte uns 50 Sarasonsche Ozet-Bäder zur Verfügung mit der Bitte, an dem Material unserer Anstalt Versuche anzustellen und die Bäder auf ihre Verwendbarkeit in der Irrentherapie zu prüfen. In einer uns gleichzeitig übersandten Empfehlungsschrift [1]) hebt die Firma hervor, daß aufgeregte und unruhige Kranke im Ozetbad ruhiger würden, und daß man sich nach dem Ozetbad müde — nicht etwa matt — und von einem fast unüberwindlichen Schlafbedürfnis eingenommen fühle, welches einen längeren erquickenden Schlaf zur Folge zu haben pflege. In erster Linie haben sich nach Angabe der Firma die Ozetbäder bei der Behandlung nervöser und organischer Erkrankungen des Herzens bewährt. Infolge ihres deutlich kräftigenden, regulierenden und schonenden Einflusses auf das gesamte System des Blutumlaufes ist den Sauerstoffbädern bereits eine gewisse Überlegenheit über die bisher allein benutzten Kohlensäurebäder von mehreren Autoren zugestanden worden [*Müller* [5]), *Naumann* [6]), *Schnütgen* [7]), *Sommer* [8]), *Tornay* [9]), *Winternitz* [10]), *Zuelzer* [11])]. Aber auch bei Erkrankungen des Nervensystems haben die Sauerstoffbäder bereits Anwendung gefunden. So rühmt *Frankl* [4]) die beruhigende und den pathologisch gesteigerten Blutdruck herabsetzende Wirkung der Ozetbäder Sarasons bei Beschwerden des Klimakteriums. *Flatau* [3]) fand eine beruhigende und schlafbringende Wirkung in einem Falle von traumatischer Hysterie mit schwerer Insomnie und in einem anderen Falle von neurasthenischer Aufgeregtheit und Schlaflosigkeit. Da alle Autoren mehr oder weniger das Ausbleiben übler Nebenwirkungen hervorhoben, so glaubten wir ohne Bedenken die Sauerstoffbäder, wie sie die uns zugesandten darstellen sollten, auch bei psychisch Kranken versuchen zu können, um einen weiteren Ersatz zu schaffen für die oft kontraindizierten oder durch Gewöhnung wirkunglos gewordenen chemischen Hypnotika.

*) Aus der Landesirrenanstalt Weilmünster (Dir. San.-R. Dr. *Lantzius-Beninga*).

Um mit der Wirkungweise der Bäder näher vertraut zu werden, haben wir zunächst selber je 20 Minuten ein Ozetbad an uns wirken lassen. Wir empfanden da, wie das sonst schon von *Winternitz* (a. a. O.) u. a. berichtet wurde, auch eine gewisse Herabsetzung des Temperatursinnes, in dem das feinere Empfinden von Wärme und Kälte etwas abgestumpft war. Vielleicht steht damit in Zusammenhang das durchaus nicht unangenehme Gefühl, welches die aufsteigenden Gasbläschen auf der Haut verursachten. Der Schlaf nach den abends vorm Schlafengehen genommenen Bädern war ein guter und anhaltender, einzelne Wachperioden waren von kurzer Dauer und von subjektivem Wohlbehagen begleitet. Wir wandten dann mehrere Bäder bei einer 52jährigen Dame an. Dieselbe, nicht geisteskrank, sondern unserem Bekanntenkreis angehörend, litt viel an Agrypnie infolge meist nicht völlig kompensierter Mitralinsuffizienz, nahm deshalb abends oft Baldrian- und Brompräparate zu sich, blieb aber dann sehr häufig auch noch schlaflos. Sie rühmte uns gegenüber schon nach dem ersten Bad die hervorragend beruhigende Wirkung und empfand es vor allen Dingen sehr wohltätig, daß sie sich in den Schlafpausen nicht aufzurichten brauchte, wie die Atemnot es sonst bedingt hatte, sondern den Wiedereintritt des Schlafes ruhig im Liegen abwarten konnte.

Nach diesen guten Erfahrungen gingen wir zu Versuchen an 3 herzschwachen Psychischkranken über, bei denen es nicht sicher war, ob die motorische Unruhe mehr durch Herzbeschwerden oder psychisch bedingt war.

Fall 1. K. G., 1879 geboren, Kaufmannfrau, Anfang dieses Jahres erkrankt, erheblich erblich belastet, Erschöpfungspsychose mit katatonischen Zügen. Mitralinsuffizienz. Puls fast immer klein, irregulär, frequent. Nachts fast stets unruhig, viel außer Bett. Bekam in der zweiten Hälfte des Oktober an 3 Abenden je ein Ozetbad. Die Nachtwache berichtete darauf jedesmal am anderen Morgen, daß die Kranke ruhig geschlafen habe.

Fall 2. E. L., frische Aufnahme, ältere Frau, Geburtsdatum und Diagnose noch nicht bekannt. War am 26. Oktober viel außer Bett und motorisch unruhig. Hatte zyanotisches Aussehen, einen unreinen ersten Herzton, der Puls war klein, schwach und von einer Frequenz von 66 pro Minute. Bekam um $10\frac{3}{4}$ Uhr morgens ein Ozetbad. Um $11\frac{3}{4}$ Uhr zeigte sich bei abermaliger Untersuchung der Puls voll, kräftig und von einer Frequenz von 78 pro Minute; die Patientin war bedeutend ruhiger,





ging nicht mehr außer Bett. Um 1 Uhr wurde sie erst wieder als unruhig gemeldet.

Fall 3. E. W., 1848 geboren, Maschinistenfrau, Ende 1908 erkrankt. Diagnose Melancholie. Ging immer mehr zurück und starb am 1. Oktober abends ½8 Uhr. Auf dem Sektionstisch fand sich eine schon vermutete Bronchiolitis tuberculosa. — Als am 1. Oktober nachmittags ihre zunehmende Herzschwäche und motorische Unruhe auffiel, wurde ihr um 3½ Uhr ein Ozetbad verabfolgt. Wurde aber, gleich wie sie auch schon im Bade selbst durch ihre Unruhe auffiel, nicht ruhig darnach, sondern erst um 5 Uhr mit dem Einsetzen der Agone.

Wir lernten aus diesem Fall, daß die Sauerstoffbäder auch bei herzleidenden Geisteskranken unter Umständen therapeutisch verwendbar sind, aber anscheinend bei der dem Exitus letalis vorangehenden Herzschwäche nutzlos sind und die sonst in solchen Fällen zur Anwendung kommende Kampfer- oder Ätherspritze nicht zu ersetzen vermögen. Die folgenden Fälle nun betreffen sämtlich Schlaflosigkeit oder Unruhe, welche rein psychisch bedingt waren.

Fall 4. M. M., 1834 geboren, Hausiererin, Witwe, 1906 erkrankt. Diagnose Dementia senilis, halluzinatorische Form. Oft schlaflos, nachts unruhig, laut infolge ihrer Halluzinationen oder durch Schlafstörungen seitens anderer Kranker. Reagiert leicht auf Schlafmittel, bekommt häufig abends 2 g Paraldehyd, die bei ihr die gewünschte Wirkung haben.

Am 31. Oktober wurde sie, statt daß ihr die genannte Paraldehyddosis verabfolgt wurde, ¼ Stunde ins Ozetbad gelegt, worauf ihr Schlaf befriedigend war, wenigstens wurde sie am anderen Morgen uns nicht als „unruhig“ oder „laut“ gemeldet.

Fall 5. M. S., 1851 geboren, Friseurwitwe, 1889 erkrankt, Diagnose anfangs Katatonie, nachher Dementia paranoides, jetzt Endzustand derselben, erhält mehrmals wöchentlich wegen leichter Erregung abends 3 g Paraldehyd oder 2 g Chloralhydrat, vereinzelt auch 1 g Eglatol, meist mit dem Erfolg, daß sie dann die Nacht über ruhig ist, hier und da wird sie auch wohl gegen Morgen wieder laut. — Erhielt am 29. und 30. Oktober abends, weil ein Beruhigungsmittel wieder einmal nötig schien, je ein Ozetbad. Erschien darauf beide Male im Nachtrapport nicht wieder.

Fall 6. A. Sch., 1862 geboren, Ausläuferfrau, 1899 erkrankt, Diagnose in einer anderen Anstalt ursprünglich auf paralytische Seelenstörung gestellt, doch muß bei dem jetzt schon jahrelang unverändert bestehenden Schwachsinn und den fehlenden körperlichen Symptomen eher an einen Endzustand einer Dementia praecox gedacht werden. — Ab und zu nachts laut, deshalb entweder 2 g Paraldehyd, 1 g Chloral oder vereinzelt 1 Eglatol. — Es wurde ihr am 27., 29. und 30. Oktober



abends 8½ Uhr je ein Ozetbad verabfolgt. Wirkung: in der ersten Nacht „von 3 Uhr ab zeitweise laut“, in der zweiten „ruhig“, in der dritten als „fast die ganze Nacht laut“ gemeldet.

Fall 7. K. H., 1887 geboren, ledig, Stepperin, 1902 erkrankt, Diagnose Hebephrenie, stark vorgeschrittene Demenz, manchmal Erregungen leichten Grades, die abends ein Schlafmittel nötig erscheinen lassen; 1 g Chloralhydrat, 2 g Paraldehyd oder 1,5 g Eglatol haben meist den erwünschten Erfolg. — Bekam am 29., 30. Oktober und 5. November je ein abendliches Ozetbad, war nach dem ersten und dritten ruhig, in der Nacht vom 30. zum 31. Oktober dagegen, meldet die Nachtwache, sei sie zeitweise laut gewesen und häufig im Saal herumgelaufen.

Fall 8. K. R., 1845 geboren, ledig, Kleidermacherin, anfangs als halluzinatorische Verwirrtheit bezeichnet, jetzt schon seit einer Reihe von Jahren als in einem dementen Endstadium sich befindend anzusehen. Selten abends Schlafmittel. Bekam am 9. November abends 2 g Paraldehyd: „von 5 Uhr ab laut“; am 10. November abends ein Ozetbad: „von 2 Uhr an laut“; am 11. November abends wieder 2 g Paraldehyd: „bis 2 Uhr laut, dann bis 6 Uhr geschlafen“ (Nachtrapport). Von da ab Nachversuche unmöglich, da nicht wieder schlafmittelbedürftig gewesen.

Fall 9. E. G., 1848 geboren, Bauunternehmerfrau, 1898 erkrankt, Diagnose nach *Kraepelin* Dementia paranoides, nach *Ziehen* u. a. Paranoia hallucinatoria. Erhält durchschnittlich jede Woche einmal, da sie in leichter Erregung auf ihre Stimmen antwortet und dadurch schlaflos bleibt, 4 g Paraldehyd oder 2 g Chloralhydrat, meist darnach ruhig, manchmal aber auch unvollkommene Wirkung. — In der zweiten Hälfte des Oktober anscheinend etwas leichter zu beruhigen, reagierte schon gut auf 2 g Paraldehyd, eine Dosis, die am 27. und 28. Oktober je durch ein Ozetbad ersetzt wurde. Erfolg war der gleiche wie bei den 2 g Paraldehyd. In der folgenden Nacht verhielt sie sich ohne Schlafmittel ruhig, aber am 30. abends war wieder ein Sedativum indiziert. Da versagte das angewandte Ozetbad gänzlich. Doch hat hier offenbar eine langsam aufsteigende stärkere Erregung eingesetzt, denn es wurde an den nächsten Abenden eine Steigerung der Paraldehyddosis auf 4 g, dazu noch an manchen Tagen 1 g Sulfonal nötig, und seit dem 9. November ist es nur noch mit Hilfe von Hyoszin-Morphin-Injektionen möglich, die Nachtruhe bei ihr zu erzwingen.

Fall 10. M. L., 1848 geboren, Postsekretärfrau, 1891 erkrankt. Diagnose nicht ganz sicher, wahrscheinlich stellt der abgelaufene Fall einen Verblödungzustand dar, der sich an ein zirkuläres Irresein angeschlossen hat, ein Ausgang, wie ihn *Cramer* [2]) bei längerer Dauer der periodischen Form des Irreseins als dann und wann vorkommend annimmt. Erregungzustände sind selten und machen nur vereinzelt abends die Darreichung von Hypnoticis notwendig. Als solche wurden meist



4 g Paraldehyd gegeben. Am 30. Oktober statt dessen ein Ozetbad, als sie abends beim Rundgang etwas lebhafter als sonst erschien. Der Erfolg war befriedigend, sie war die Nacht hindurch ruhig.

Fall 11. K. F., 1861 geboren, Tagelöhnerin, ledig, Schwachsinn angeboren; 1897 zuerst Erregungzustände bei ihr bemerkt, die dann häufig und unregelmäßig wiederkehrten. Braucht sehr oft abends Schlafmittel: manchmal 2 g Chloralhydrat, meist aber 4 g Paraldehyd; darauf meist ruhig, vereinzelte Male gegen Morgen (etwa von 4 Uhr an) wieder laut. War am 27. Oktober abends unruhig, erhielt 8¼ Uhr ein Ozetbad. „Von 11½ Uhr an immer unruhig" (Nachtrapport).

Fall 12. A. J., 1873 geboren, ledig, Postsekretärtochter, angeborene Idiotie, durch die Schule durchgeschleppt, dann in der Idioten-, später in der Irrenanstalt. Vielfach Erregungen, nachts oft störend. Erhielt fast jede Nacht früher 2 g Chloral, in letzter Zeit meist 4 g Paraldehyd, Wirkung nicht immer befriedigend. Am 27. und 29. Oktober abends statt des Paraldehyds je ein Ozetbad. Erfolg in der ersten Nacht: „Von 3 Uhr an laut, gegen Morgen wieder eingeschlafen", in der zweiten Nacht: „Von 2 Uhr ab schlaflos, aber ruhig".

Fall 13. J. R., 1869 geboren, Glasergehilfe, 1891 erkrankt. Diagnose Dementia katatonica. Stumpf und ruhig, braucht er selten Schlafmittel (2 g Chloralhydrat.) Am 27. Oktober morgens wurde er als motorisch sehr unruhig gewesen rapportiert, deshalb an diesem Tage abends 8 Uhr ins Ozetbad gelegt. Erfolg: schlief die Nacht ruhig *).

Fall 14. F. H., 1883 geboren, Zeichner, 1904 erkrankt. Diagnose Hebephrenie, bietet aber ziemlich viel katatonische Züge. Braucht selten Sedativa, nach Bedarf eventuell 2 g Chloralhydrat oder 1 g Sulfonal. War in der Nacht vom 8. bis 9. November sehr störend, hat laut gesungen und gepfiffen. Bekam am 9. und 10. November abends je ein Ozetbad. In der ersten Nacht völlig ruhig, nur bis 11½ Uhr schlaflos, in der zweiten schlief er die ganze Nacht *).

Fall 15. K. E., 1857 geboren, kaufmännischer Reisender, 1879 erkrankt. Diagnose: chronische halluzinatorische Verworrenheit. Unterhält sich Jahr aus Jahr ein den ganzen Tag laut mit seinen Stimmen, nur auf kurze Augenblicke zu fixieren. Nachts meist ruhig, braucht selten Schlafmittel, bekommt dann aber Hyoszin-Morphin-Injektionen, da er Schlafmittel per os perhorresziert. War vom 7. bis 10. November erregter als sonst, so daß er die ersten beiden Nächte wieder Einspritzungen bekam, mit nicht ganz befriedigendem Erfolg, sein Schwatzen wirkte auch nachts mehrfach störend. Erhielt am 9. und 10. November abends statt

*) Bei Fall 13 und 14 ist es nicht ganz sicher, ob der eingetretene Schlaf ursächlich mit dem Ozetbad in Zusammenhang steht, oder ob die beiden Patienten, bei denen die Erregungen erfahrunggemäß rasch abklingen, auch ohne Bad sich ruhig verhalten hätten.

der Injektion je ein Ozetbad, das sowohl in der ersten wie in der zweiten Nacht einen leidlichen Erfolg zeitigte; Patient erwachte zwar einige Male, führte seiner Gewohnheit gemäß einige Selbstgespräche, schlief aber immer bald wieder ein.

Fall 16. A. Sch., 1870 geboren, Ausläufer. Diagnose: Paranoia hallucinatoria chronica (*Ziehen*) oder Dementia paranoides (*Kraepelin*); jetzt im Endstadium. Nur noch leichte Erregungzustände, in denen er häufig nachts störend wirkt, aber auf abendliche Darreichung von 2 g Chloralhydrat sich regelmäßig beruhigt. Am 26. Oktober abends 8 Uhr als Ersatz für die Chloraldosis ein Ozetbad, ebenso am 27. und 28. ds. Mts. Die Wirkung war die, daß ein etwa 6—7 stündiger ruhiger Schlaf erreicht wurde, kurze Unterbrechungen desselben zeigten den Patienten ruhig und nicht erregt. Nur ist zu bemerken, daß der Schlaf in der zweiten der erwähnten Nächte erst um 12 Uhr, in der dritten um 10 Uhr eintrat.

Fall 17. P. W., 1868 geboren, Landwirt, 1908 erkrankt im Anschluß an einen Unfall. Diagnose: chronische halluzinatorische Verworrenheit, auch schon Demenz, aber nicht so vorgeschritten, wie in Fall 16. Dementsprechend die Erregungzustände ziemlich heftig, die abends meistens mit 2 g Chloralhydrat oder 2 g Sulfonal, einzelne Male aber nur mit Hyoszin-Morphin-Injektionen erfolgreich zu bekämpfen sind. — Bekam am 27. und 28. Oktober Erregungen, die die Verordnung eines Schlafmittels per os im Interesse der Nachtruhe wünschenswert erscheinen ließen. Statt dessen je ein Ozetbad. Der Erfolg war ungenügend, es wurde nur ein 4 bezw. 5 stündiger Schlaf erzielt. Rapportiert wurde außerdem an beiden Abenden ein spätes Einschlafen und in den Zeiten des Wachens in der ersten Nacht noch merkliche Unruhe und lautes Antworten auf Stimmen, was in der zweiten Nacht weniger bemerkt wurde.

Fall 18. A. B., 1874 geboren, Taxator, um die Wende des Jahres 1907/08 erkrankt. 1903 Lues. Diagnose Dementia paralytica. Beständig Erregungen mittleren Grades, die jeden Abend Hyoszin-Morphin-Injektionen notwendig machen und außerdem am Tage noch häufig Sulfonaldarreichung geboten erscheinen lassen. Es wurde am 27., 28. und 29. Oktober der Versuch gemacht, die gewohnte Spritze durch ein Ozetbad zu ersetzen. Leider mit wenig Erfolg. Außer einem Schlaf von einigen Stunden in der zweiten Nacht war Patient schlaflos, laut und motorisch unruhig, so daß von einer Milderung der Erregung nach dem Bad kaum die Rede sein konnte.

Während bei den vorstehenden Patienten der Versuch gemacht wurde, mittels Ozetbäder die Nachtruhe zu fördern, wurden die Bäder auf Vorschlag der Firma auch am Tage zur Bekämpfung von Erregungzuständen von uns bei folgenden zwei Patientinnen in Anwendung gebracht.



Fall 19. Ch. H., 1832 geboren, ohne Beruf, Beginn der Erkrankung unbekannt, seit März 1907 in Irrenanstalten. Diagnose: senile Demenz nebst alkoholischer Degeneration. Stets im Stadium der Erregung mittleren Grades und dabei motorisch unruhig gewesen. Erst seit Ende Oktober ruhiger. Am 6. November auf eine halbruhige Abteilung gelegt, war sie dort den ersten Tag sehr erregt wieder, viel außer Bett, lief im Saal umher, sprach viel vor sich hin. Wurde deshalb um 11 Uhr morgens in ein Ozetbad gelegt. Wieder ins Bett gebracht, schlief sie eine Stunde lang und setzte dann ihr Umherirren im Saal fort. Nach einigen Tagen war diese wohl durch die Verlegung hervorgerufene Erregung wieder abgeklungen.

Fall 20. H. H., 1884 geboren, Dienstmädchen, angeborene Imbezillität, 1905 Pfropfhebephrenie. Oft und anhaltend Erregungzustände mittleren Grades, die wochenlang tagüber Dauerbad und abends Hyoszin-Morphin-Injektionen geboten erscheinen lassen. In solcher Periode wurde am 10. November ds. J. 3 mal, 11 h. a. m, $3^{30}$ h. p. m., $8^{30}$ h. p. m., dem Dauerbad die Ozetdosis in vorgeschriebener Weise zugesetzt. Die Patientin wurde darauf sichtlich ruhiger. Während der diesem Tage folgenden Nacht wurde die gewohnte Spritze fortgelassen; die Nachtwache rapportierte, daß Patientin zwar wenig geschlafen hätte, aber sich ruhig verhalten hätte. Am folgenden Abend war wieder Spritze nötig.

Nach all dem Gesagten ist den Ozetbädern eine gewisse Wirkung in der Milderung von Erregungzuständen nicht abzusprechen. Zwar war unser Material an Kranken, bei denen wir am Tage die sedative Wirkung erprobten, ja ein sehr geringes. Immerhin wird der nicht ganz wegzuleugnende Erfolg vielleicht Anlaß geben, daß anderswo an einer größeren Patientenzahl die praktische Verwendbarkeit nachgeprüft wird.

An der Hand von Fall 4 bis 18 aber halten wir mit einiger Sicherheit uns für berechtigt zu der Schlußfolgerung, daß das Ozetbad ein neues mildes Hilfsmittel darstellt in der Bekämpfung leichter Erregungzustände, die ein ärztliches Eingreifen zwecks Erzielung einer wünschenswerten Nachtruhe nötig erscheinen lassen. Allerdings ist es geraten, die Erwartungen nicht allzu hoch zu spannen. Es sind eben nur solche Fälle leichter Erregung oder Unruhe geeignet, in denen etwa 2 g Paraldehyd oder höchstens in Ausnahmefällen 2 g Chloralhydrat genügen, um den gewollten Erfolg herbeizuführen, und auch da wird man noch individuell eine Auslese treffen und in ungeeigneten Fällen auf chemische Mittel zurückgreifen müssen. Indem wir aber die Beobachtungen von *Winternitz* (a. a. O.) u. a. vollauf zu bestätigen in der Lage sind, nehmen wir keinen Anstand,

den Versuch zu empfehlen, die Sauerstoffbäder bei gleichzeitig psychisch erkrankten Herzleidenden anzuwenden, auch in solchen Fällen, wo es zweifelhaft erscheint, ob die motorische Unruhe auf einer Herzbeklemmung beruht oder mehr psychisch bedingt ist. Allerdings wird diese physikalische Maßnahme da versagen, wo, wie z. B. in der beginnenden Agone, heroischere Mittel indiziert sein können; das hat uns, wie bereits oben erwähnt, der Fall 3 gelehrt.

Leider wird aber der außerordentlich hohe Preis (pro Dose und Bad 2,50 M!) die Anwendung bei Patienten der öffentlichen Irrenpflege und in der ärmeren Praxis zur Unmöglichkeit machen und sie wahrscheinlich nur der Praxis aurea vorbehalten.

---

## Literatur.


1. Ozet-Bäder nach Dr. med. *L. Sarason*, Empfehlungsschrift der Firma L. Elkan-Berlin.
2. *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. Dritte Auflage, 1903.
3. *Flatau*, Über Verwendung von Sauerstoffbädern (Sarasons Ozetbädern) bei der Behandlung von Neurosen. Medizinische Klinik, Nr. 47, 1908.
4. *Frankl*, Über Sauerstoffbäder im Klimakterium. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie. Bd. XII, 1908/09.
5. *Müller*, Über Sarasonsche Ozetbäder. Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 30, 1908.
6. *Naumann*, Die physikalische Behandlung des Asthmas. Therapie der Gegenwart, Nr. 3, 1908.
7. *Schnütgen*, Über Sarasonsche Ozetbäder bei Arteriosklerose. Therapie der Gegenwart, Nr. 8, 1908.
8. *Sommer*, Moussierende Sauerstoffbäder. Zeitschrift für neuere physikal. Medizin, Nr. 18, 1908.
9. *Tornay*, Über die Wirkung von Sauerstoff-Bädern. Orvosi Hetilap, Nr. 3, 1908.
10. *Winternitz*, Über Ozetbäder. Blätter für klinische Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden, Nr. 1, 1907.
11. *Zuelzer*, Die diätetisch-physikalische Therapie in der täglichen Praxis. Berlin, 1908.


---





# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

### 125. Sitzung am 5. November 1908.

Oberarzt Dr. *G. Ilberg*-Großschweidnitz spricht über die psychiatrisch wichtigen Bestimmungen des neuen Entwurfs der Strafprozeßordnung. (Der Vortrag ist in den „Grenzboten", 68. Jahrgang, 1909, erschienen: „Irrenärztliche Wünsche zur neuen Strafprozeßordnung".)

Diskussion:

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Die Forderung *Cramers*, einen Zeugen in der Anstalt beobachten zu lassen, sei zu weitgehend gegen die persönliche Freiheit des Zeugen.

Geheimrat Dr. *Ganser*-Dresden: Jeder Psychiater würde den Vorschlägen des Referenten beipflichten.

Oberlandesgerichtsrat *v. Feilitzsch*-Dresden: Die Vorschläge würden wahrscheinlich auf große Bedenken in der Praxis stoßen.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Der Richter würde sich mit den gegebenen Voraussetzungen des § 58 abfinden können. Man überschätze bei den Vereidigungen vielleicht die Gefahr, daß man dem betreffenden Zeugen, falls seine Aussage unrichtig ist, gleich den Meineidsprozeß machen würde. Ein Zwang gegen Zeugen in dem *Cramer*schen Sinne sei ganz unausführbar. In anderer Weise strebe man immer größere Freiheit der Zeugen an.

Rechtsanwalt *Lehmann*-Dresden: Es erscheint notwendig, daß Zeugen, deren Wahrnehmung durch Geisteskrankheit getrübt ist, abgelehnt werden können. Das Reichsgericht hat einmal entschieden, daß auch Geisteskranke vereidigt werden können, weil bisher kein Paragraph bestände, der das verhindere. Dieser müsse geschaffen werden.

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Dem Psychiater träten alle Tage Kranke entgegen, welche mit aller Bestimmtheit über Vorgänge berichten, die dabei absolut unwahr sind. Demgegenüber muß sich der Richter schützen können, und es müßte ausgesprochen werden, daß sie nicht zu vereiden sind.

Geheimrat Dr. *Ganser*-Dresden: Es wäre nicht ganz verständlich, warum sich einige Juristen gegen die *Aschaffenburg*sche Fassung wehren





Auch jetzt würde der Richter nicht immer in der Lage sein, zu entscheiden, ob die Verstandesschwäche eine derartige sei, wie sie der § 58 annehme. Redner erinnert an die Aussagen eines Zeugen im Moltke-Prozeß.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*-Dresden: Nach der neuen Prozeßordnung würde der Nacheid geleistet werden. Redner erinnert an einen Prozeß in Dresden gegen einen Heilanstaltbesitzer, wo nur Geisteskranke Zeugen waren. Dann müßte der Richter in der Lage sein, die Beachtlichkeit der Zeugen von einem Psychiater begutachten zu lassen. Ein Zusatz zu § 58 wäre notwendig.

Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Er stelle sich in direkten Gegensatz. Es käme nur darauf an, daß der Zeuge den Eid leisten könne. Nur der Umstand, daß er seine Aussagen unter dem Eide mache, sei die objektive Wahrheit. Der Richter habe freie Beweiswürdigung. Wir wollen den Prozeß nicht zerlegen in die Fragen, ob die Zeugen beweiswürdig wären oder nicht. Die Wertung der Aussagen bleibt dem Richter überlassen. Die Bedenken, daß der Richter einer Zeugenaussage mehr Glauben beigemessen hätte als richtig wäre, wären dadurch in der neuen Prozeßordnung behoben, daß das Wiederaufnahmeverfahren in diesen Fällen in weitem Maße gestattet sei.

Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden: Dadurch, daß der Richter den Zeugen vereide, sei dessen Glaubwürdigkeit noch durchaus nicht ausgesprochen. Es sei beinahe das Gegenteil der Fall. Bis jetzt seien hierin gar keine Mängel aufgetreten. Der § 58 schließe das in sich, daß Geisteskranke nicht vereidigt werden könnten.

## 126. Sitzung am 26. November 1908.

Die Beratung über das Referat des Herrn Oberarztes Dr. *Ilberg* zur neuen Strafprozeßordnung wird fortgesetzt:

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Der § 80 sei unverständlich. Aus dem Tenor gehe hervor, daß man die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt möglichst verhindern wolle. Man beabsichtige wohl die Schonung des Angeklagten? Nehme der Richter an, daß dem Angeklagten durch Verbringung in eine Anstalt ein Leid geschehe? Die psychiatrischen Erfahrungen widersprechen dem. Die zur Beobachtung Eingewiesenen sind fast durchweg gern in der Anstalt gewesen und gingen ungern in die Untersuchungshaft zurück. In der Begründung stände, daß die Angeklagten besser in der Häuslichkeit beobachtet werden könnten als in der Anstalt. Es sei auch äußerst wünschenswert, daß einer, der 6 Wochen beobachtet worden sei, z. B. zur Abgabe eines Obergutachtens, nochmals 6 Wochen beobachtet werden könnte.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*-Dresden: Das sei teilweise im Entwurf dadurch gewährleistet, daß mit Einwilligung des Angeschuldigten die 6 Wochen überschritten werden könnten.



Landgerichtsdirektor Dr. *Feurich*-Dresden: Der Schwerpunkt des § 80 liege darin, daß man keinen Angeschuldigten wider seinen Willen in die Irrenanstalt bringen könne. Es gelte noch als Beschränkung der Freiheit, wenn jemand in die Irrenanstalt versetzt würde. Die öffentlichen Irrenanstalten sollten nicht in dem Paragraphen in ihrem Ansehen herabgesetzt werden.

Geheimrat Dr. *Ganser*-Dresden erblickt auch in § 80 keine Abneigung gegen die öffentlichen Irrenanstalten, sondern ein Entgegenkommen dem Angeklagten gegenüber. Beobachtungen in der Häuslichkeit seien möglich und kämen auch in der Praxis vor, was durch ein Beispiel erläutert wird. Man könne Kranke im allgemeinen auch in Privatanstalten beobachten; aber die Privatanstalt gelte im Publikum als leichter zu ertragen wie die öffentliche, obwohl wir Ärzte wüßten, daß im allgemeinen kein Unterschied bestehe. Es sei richtig, dem Angeklagten die Möglichkeit zu geben, gegen eine zweite Überweisung sich zu wehren.

Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden: Es liege nicht im Interesse der Untersuchung, daß die Beobachtung in einer Anstalt erst nach Erhebung der öffentlichen Anklage möglich sei.

Oberamtsrichter Dr. *Weltz*-Dresden: Der § 80 bezöge sich nicht bloß auf „Verhaftete", um so weniger als die Absicht bestände, die Verhaftung nach Möglichkeit einzuschränken.

Gerichtsarzt Dr. *Oppe*-Dresden: Es sei nicht wünschenswert, daß die Beobachtung in der Irrenanstalt erschwert würde. Die zu Beobachtenden seien meist entweder Verbrecher oder Geisteskranke und müßten deshalb sowieso in einer Anstalt verwahrt werden. Für die Verhafteten müßten also die Bestimmungen beibehalten bleiben, nur für die auf freiem Fuß Befindlichen seien die neuen Bestimmungen maßgebend.

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Die Beobachtung würde ja nur stattfinden, wenn der Sachverständige sie beantragt. Wenn sie zu Hause möglich ist, wird sie nicht beantragt werden. Die Meisten würden aber aus der Untersuchungshaft zugeführt.

Oberarzt Dr. *Ranniger*-Waldheim: Das Mißliche an der Beobachtung in einer Privatanstalt sei, daß der Sachverständige und der Leiter der Anstalt dieselbe Person sei. Die Begutachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt habe den Vorzug dadurch, daß sie sich auf Beobachtung durch geschultes Beamtenpersonal stütze.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*-Dresden: Der Entwurf sei so zustande gekommen, daß gewisse Interessenten Vorschläge machten; der Gesetzgeber sammelte sie und verarbeitete sie im Entwurf. Unter den 20 Herren der Kommission sei kein Psychiater gewesen. — Die Dauer von 6 Wochen sei beanstandet worden. Die mögliche Dauer der Untersuchungshaft sei von 4 auf 6 Wochen verlängert worden. Wenn für ein zweites Gutachten die Frist von 6 Wochen nicht zureiche, so würde man über diese Zeit ebenso hinausgehen können wie bei der Untersuchungshaft.







Landrichter *Döhn*-Dresden: Eine Abneigung gegen öffentliche Irrenanstalten sei im § 80 nicht zu finden. Das Gesetz verlange gerade Unterbringung in öffentlichen Irrenanstalten. Eine Unterbringung in einer Irrenanstalt sei aber ein Eingriff in die persönliche Freiheit und könne den Betroffenen im Ansehen des Publikums wie wirtschaftlich schädigen. Daher müsse Beschwerde zulässig sein. Die Unterbringung in der Irrenanstalt gleiche in der Wirkung der Untersuchungshaft. Die Kautelen gegen die erstere seien geringer als gegen die zweite. Das Schöffengericht kann Unterbringung in der Irrenanstalt beschließen; dagegen müsse Beschwerde zulässig sein. — Unangebracht sei, daß erst nach Erhebung der öffentlichen Klage der Beschluß gefaßt werden könne. Verfehlt sei auch die kurze Dauer von 6 Wochen, sie müsse auch ohne Einwilligung des Angeklagten über 6 Wochen hinaus möglich sein, da der Angeklagte die Notwendigkeit der Verlängerung nicht selbst beurteilen könne.

Rechtsanwalt *Lehmann*-Dresden: Unter Erhebung der öffentlichen Klage sei schon der Antrag auf Voruntersuchung gemeint; die Unterbringung könne also sofort erfolgen, sowie der Staatsanwalt ihre Notwendigkeit erkenne.

Landrichter *Döhn*-Dresden: Es sei doch wünschenswert, daß auch vor Erhebung der Anklage Unterbringung möglich sei.

Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein: Die Angeschuldigten wünschten selbst meist die Unterbringung in eine Anstalt, die Einwilligung sei deshalb leicht zu erlangen.

Landrichter *Döhn*-Dresden: Wenn der Angeklagte aber die Tat leugnet, wird er auch eine Unterbringung in der Irrenanstalt nicht mögen. Die Einwilligung sei oft schwer zu erlangen.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*-Dresden: Wenn ein Angeklagter 6 Wochen lang durch einen Arzt beobachtet worden sei, und es würde später ein Obergutachten verlangt, so müßte dann auch gegen die Einwilligung des Angeklagten eine erneute Untersuchung möglich sein.

Geheimrat Dr. *Ganser*-Dresden: Der Sachverständige käme im Entwurf besser weg. Früher konnte der Angeklagte außerhalb der Anstalt nicht beobachtet werden, jetzt könne er das; das sei ein Fortschritt. Der Obergutachter müsse auch die Möglichkeit einer neuen Beobachtung von 6 Wochen haben.

Rechtsanwalt *Lehmann*-Dresden: Es sei ein Zusatz wünschenswert, daß Beobachtung in einer Irrenanstalt auf die Strafe mit angerechnet werden kann.

Oberarzt Dr. *Ilberg*-Großschweidnitz: Beobachtungsdauer von nur 3 Wochen sei durchaus nicht wünschenswert. Die Beobachtung in der Anstalt sei durch die Änderung des Milieus für die Beurteilung wichtig. Eine gleichzeitige Beobachtung durch zwei Sachverständige sei ohne Zusammenarbeiten derselben nicht möglich.



## 127. Sitzung am 18. Februar 1909.

Oberarzt Dr. *Nerlich*-Hochweitzschen spricht über: „Grete Beier, geschildert nach den Beobachtungen in der Irrenanstalt und dem Akteninhalte". (Der Vortrag ist ausführlich im Archiv für Kriminalanthropologie 1909 erschienen.)

Geheimrat Dr. *Ganser*-Dresden: Der Fall Beier sei vom psychologischen und gerichtsärztlichen Standpunkt hochinteressant. Auch er sei nach der Darstellung der Ansicht, daß § 51 auszuschließen sei. Trotzdem sei der Fall psychologisch schwer verständlich. Bemerkenswert sei die außerordentliche Erfindungsgabe, sich aus schwierigen Lagen herauszufinden oder zu lügen, das, was man wohl am besten als raffiniert bezeichnen könnte. Dieses ränkesüchtige Wesen sei wohl etwas Abnormes, aber wohl nichts Krankhaftes. Dann müsse man sich fragen, ob sie wohl zum vollen Bewußtsein der Schwere ihrer Tat gekommen sei. Daß sich auch ihr moralisches Gefühl nicht mehr gegen den aufsteigenden Plan aufgelehnt hat, ist sonderbar. War sie in einer Zwangslage oder waren ihre Gedanken so ganz auf den Plan gerichtet, wie eine überwertige Idee, daß sie keinen anderen Ausweg fand?

Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden: Auffallend sei entschieden die Affektlosigkeit, mit der sie vorgegangen ist. Sie scheine sich doch in eine gewisse Rolle hineingetrieben zu haben, sie habe wohl instinktiv gehandelt, ohne zu überlegen. Er glaube nicht, daß sie sich in einer Zwangslage gefühlt habe; sie habe gehandelt, wie sie von ihren Gefühlen gerade getrieben wurde.

Oberarzt Dr. *Nerlich*-Hochweitzschen: Er könne dem nicht beipflichten. Sie sei durchaus affektvoll gewesen, habe starke Liebe für Merker, kindliche für ihren Vater gehabt, habe in der Untersuchungshaft Angst gehabt, sei andrerseits dankbar für erwiesene Wohltaten gewesen.

Nervenarzt Dr. *Stegmann*-Dresden: Es sei trotzdem auffällig, daß sie nach der Tat so ruhig war. Deshalb halte er sie nicht für affektvoll.

Rechtsanwalt Dr. *Knoll* als Gast: Er sei Verteidiger der Grete Beier gewesen. Sie habe sich anfangs verschlossen und in ihren Ausdrücken direkt roh gezeigt. Sie war verstockt. Das änderte sich, als ihr eines Tags demonstriert wurde, welcher Lump der Merker sei, darauf habe sie ein Geständnis von der Abtreibung abgelegt. Sie habe ihm gesagt, daß sie gelogen habe, weil sie von allen so angestaunt würde und sich in der Rolle gefallen habe. Nach dem Todesurteil habe sie nur den einen Gedanken gehabt, daß sie neben dem Vater ruhen dürfe.

Gerichtsarzt Dr. *Oppe*-Dresden: Ein gewisses Licht auf die Mutter wirft die Tatsache, daß diese im Zuchthause auf Pappe ein Gedicht über die Mordtat der Tochter im Bänkelsängertone gemacht hat.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*-Dresden: Es gibt gewisse **Mörder**, die einen Plan, z. B. die Ausführung eines Diebstahls, nur erreichen zu können glauben, wenn sie dabei einen Mord begehen. Durch den Vortrag sei er aber zur Überzeugung gekommen, daß die Beier nicht in diese Kategorie gehöre. Charakteristisch sei wohl für sie die Vielseitigkeit, mit der sie ihre Pläne deckt. Zur Erreichung ihres Zieles sei ihr jedes Mittel gerecht gewesen. Er habe auch die Überzeugung, daß die Beier vollsinnig gewesen sei.

## 128. Sitzung am 1. April 1909.

Krankenvorstellung durch Anstaltsarzt Dr. *Schubart*-Dresden.

1. Emma P., 15 Jahre alt, außerehelich geboren, Vater leichtfertig, nach Amerika ausgewandert, Mutter neigt zum Lügen und Schwindeln, mit 2 Jahren zu Pflegeeltern gekommen, welche das Kind liebevoll behandelt und groß gezogen haben. In der Schule gut gelernt, körperlich normal entwickelt. Seit 11. Jahre starke Neigung zu Diebstählen; stahl zu Hause Nadeln, Bänder, kleine Geldbeträge, bettelte auf dem Bahnhof Leute an, behauptete, das Fahrgeld verloren zu haben, stahl Frühstücksbrötchen in den Häusern, stahl mehrmals Selterwasserflaschen, ließ sich Geld in Geschäften dafür geben, legte dreimal Feuer an, stahl Geld aus einer Ladenkasse. Gütliche Ermahnungen, Züchtigungen, Schulstrafen, 1 Monat Gefängnis haben bisher keine Veränderung hervorgerufen. Das Mädchen behauptet, wenn es „den Anfall" bekomme, so wisse sie nicht, was sie tue. Sie kann aber über die Einzelheiten bei dem Diebstahl genau Auskunft geben und ist sich der Strafbarkeit desselben bewußt. Das Geld, was sie stahl, hat sie zu Näschereien und zum Besuch von Kinematographen verwandt. Ihre Beobachtung hat keine abnormen Züge, wie Stimmungsschwankungen erkennen lassen, die Intelligenz ist gut entwickelt. Ein Krankenexamen bei der Vorstellung ist nicht möglich, da die Kranke heftig weint.

Obwohl weder intellektuelle noch affektive Abnormitäten vorhanden sind, erscheint doch die Neigung zum Diebstahl als krankhaft wegen des frühzeitigen Auftretens der Neigung, ihrer Unbeeinflußbarkeit und im Hinblick auf die erbliche Belastung.

2. Elfjähriger Knabe, F. H., erblich nicht belastet, normale Geburt und Entwicklung bis zum 4. Lebensjahre, dann Hirnhautentzündung, von da ab zurückgeblieben, geistig schwach, hat in der Schule wenig gelernt. Verübte Diebstähle zu Hause und in der Schule; sollte bestraft werden; entwich, trieb sich planlos umher, kam in Kinderbesserungsanstalt, entwich wieder nach wenigen Tagen, kam in ein Rettungshaus der inneren Mission, entwich auch von dort, nachdem er 40 Mk. gestohlen, nach 17 Tagen, trieb sich dann 14 Tage umher, ohne daß man wußte, wo er gewesen war. Dann in die Anstalt.





Bei der Vorstellung vergnügt, zutraulich, kann seinen Geburtstag nicht angeben, Wochentage nicht rückwärts aufzählen und zeigt noch viele andere erhebliche Lücken in den Schulkenntnissen. Gibt zu, gestohlen zu haben; weiß, daß man es nicht darf; er bekäme Hiebe, wenn er es täte.

Der Vortragende weist darauf hin, daß der intellektuelle Schwachsinn es dem Gerichtsarzt leicht machen würde, die Richter von der Unzurechnungfähigkeit des Kranken zu überzeugen, doch könne er nicht allein die große Neigung zum Diebstahl bei dem Knaben erklären. Denn einmal gäbe es viele ebenso schwachsinnige Kinder, welche nicht stehlen, und dann wisse der Knabe ganz gut, daß Stehlen verboten sei, und daß er Strafe bekommen würde. Es müsse auch hier ein Gemütsdefekt angenommen werden, welcher es verhindere, daß der Knabe im Augenblick der Tat die Verwerflichkeit derselben empfinde.

3. Erblich stark belasteter 14jähriger Knabe, welcher sich körperlich und intellektuell annähernd normal entwickelt hat, der Tierquälereien und eine Reihe von Diebstählen zu Hause und an Schulkameraden begangen hat, für die er empfindlich bestraft wurde, aber ohne Erfolg. Der Knabe zeigt große Reizbarkeit, starke Gemütschwankungen, ist bald trotzig, bald ängstlich, bald frech, dann wieder kleinlaut und verzagt. Er zeigt Einsicht für das Frevelhafte seiner Taten, ist aber seinen Leidenschaften gegenüber ganz haltlos. In der Anstalt wurden mehrere heftige Erregungzustände beobachtet, in denen er einem Pfleger und einem Kranken in einem Satze auf den Rücken sprang, andere Knaben schlug und ihnen Spielsachen an den Kopf warf.

Der Knabe ist zwar in seiner Intelligenz nicht wesentlich geschwächt, zeigt aber schwere Störungen seines Gemüt- und Affektlebens, die ihn als geistig krank erscheinen lassen. Seine kriminellen Handlungen stehen mit diesen Affektstörungen in ursächlichem Zusammenhange.

---

## Deutscher Verein für Psychiatrie.

### Sitzung der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge am 22. April 1910 in Berlin.

Anwesend die Mitglieder *Tuczek*, *Alt*, *Möller*, *Vogt*, *Kluge* (Schriftführer).

1. Geschäftliches. *Habermaas* meldet seinen Austritt an, da er seine bisherige Stellung in Stetten aufgibt. Er empfiehlt seinen dortigen Nachfolger, Oberarzt Dr. *Schott*, zur Aufnahme in die Kommission. Der Wahl desselben wird im Prinzip zugestimmt.



2. Berichte.

1. *Vogt:* Referat über den Hilfschulverbandtag in Meiningen, auf welchem *V.* über die Schularztfrage einen Vortrag gehalten hat. In diesem hat er vor allem die Forderung aufgestellt, daß die Schulärzte psychiatrisch ausgebildet sein müßten. Eine Resolution des „Tages" stellte demgemäß auch die Forderung auf, daß an den Hilfschulen nur derartig vorgebildete Ärzte tätig sein sollten. Weiter berichtet *V.* über die Vorschläge auf dem Meininger Tage, betreffend die Versorgung der auf dem platten Lande wohnenden hilfschulbedürftigen Kinder. Für diese sollten nach *Basedow* besondere „Schulanstalten" gegründet werden u. z. seitens der Kommunalverbände. Die in der Nähe der größeren Städte wohnenden Kinder sollten in städtischen „Internaten" untergebracht werden. Diese Internate seien auch als Tagesinternate für die städtischen Hilfschüler zu empfehlen, um sie nach Möglichkeit ihrem schlechten Milieu zu entziehen.

2. Weiter wird besprochen die Frage der Ausbildung der Hilfschullehrer, die bis jetzt eine ungeregelte und geradezu planlose ist.

*Alt:* In der Provinz Sachsen bestehen noch keine einheitlichen Gesichtspunkte bezüglich dieses Ersatzes. Am besten scheinen die Verhältnisse in Braunschweig dank der Tätigkeit von Dr. *Berkhan* zu liegen. Es seien Kurse einzuführen, an denen auch der Psychiater in besonderer Weise mitzuwirken habe. Es müsse ein besonderes Examen für diese Lehrer eingeführt werden, deren Stellung auch besonders herauszuheben sei. Für größere Kommunen empfehle sich die Einführung psychiatrisch geschulter Stadtärzte. Die Hilfschulen bedürften der Internate; nur wo diese vorhanden wären, florierten die Hilfschulen.

*Möller* regt eine Fühlungnahme mit *v. Liszt* an; auch *M.* befürwortet sehr die besondere Vorbildung der Hilfschullehrer, etwa in dem Sinne, in welchem die Ausbildung der Turnlehrer erfolgt.

*Vogt:* Der Frankfurter Kursus für Pädagogen, Ärzte und Juristen sei hauptsächlich für die Vorbildung der Hilfschullehrer gedacht; ähnliche Kurse beständen noch in Bonn, München, Düsseldorf, Gießen. In der jetzigen Gestaltung seien diese Kurse aber zu kurz.

*Tuczek* hält auch psychiatrische Studien in den Seminaren für erforderlich.

*Kluge* weist auf die offiziellen Kurse hin, die jetzt seitens der Regierung und der Provinzialverwaltungen an einzelnen Erziehungsanstalten für die Erzieher und Lehrer der Fürsorgeerziehung gerade auch unter eingehender Mitwirkung des Arztes und gerade auch des Psychiaters abgehalten würden. Vielleicht wären diese schon bestehenden und zweifellos immer weiter ausgebildeten Kurse auch für die Hilfschullehrer in Betracht zu ziehen. Die Kurse seien sehr teuer, der jetzt beschrittene Weg führe deshalb vielleicht am ehesten zum Ziele.

*Alt* denkt an besondere Übungschulen,



*Vogt* an fakultative Kurse für die Zeit zwischen Seminar und Anstellung.

*Alt* möchte lieber erst eine Zeit praktischer Tätigkeit dazwischen schieben.

*Möller* hält die Trennung der Lehrer bei diesen Kursen von den Ärzten und Juristen für wünschenswert.

*Kluge* spricht sich in ähnlichem Sinne aus. Die von Potsdam aus solchen gemeinschaftlichen Kursen zugesandten Oberärzte hätten gerade hervorgehoben, daß die gemeinschaftlichen Kurse nicht zu empfehlen seien, da sie mancherlei störende Rücksichtnahmen erforderten und den einzelnen Teilnehmern entweder viel Selbstverständlichkeiten oder Unverständlichkeiten brächten; die Gefahr oberflächlicher Halbbildung sei dann in diesen Kursen besonders groß.

*Möller* befürwortet an den psychiatrischen Kliniken besondere Übungschulen, schon auch um die Kinder zu beschäftigen und in ihren Kenntnissen und Fertigkeiten nicht zurückgehen zu lassen.

*Alt* legt der Angliederung von Kinderabteilungen an psychiatrische Kliniken größte Bedeutung bei und möchte gern einer engeren Fühlungnahme der Kliniken mit den Hilfschulen das Wort reden.

*Kluge* weist darauf hin, daß diese Einrichtungen sehr viel Geld kosten würden, dessen Aufbringung recht problematisch sei. Es sei auch kaum anzunehmen, daß diese Kinderabteilungen in größerem Umfange ihrer Aufgabe gerecht werden könnten, da die Ausbildung in den zahlreichen Zweigen der Beschäftigung und den Werkstätten kostspielige Einrichtungen und zahlreiche geschulte Arbeitkräfte erforderten. Es sei im Auge zu behalten, daß diese klinische und praktische Ausbildung und Behandlung den kommunalen Schwachsinnigenanstalten vorbehalten bleiben müsse, sonst komme eine üble Zersplitterung zuwege. Diese Gefahr drohe auch bei der allzugroßen Hervorhebung der Internate und Erziehungs- oder Schulanstalten, wie sie die Hilfschule verlange. Diese würden schließlich verkappte Krankenanstalten, die ihrer Aufgabe kaum gerecht werden würden. Den Schaden hätten dann die eigentlichen Krankenanstalten, die Idiotenanstalten, wie sich dies jetzt schon erkennen lasse. Diesen würden nur immer tiefer stehende Schwachsinnige zugeführt, die Erfolge der Hilfschule an den nur wenig bildungfähigen Schwachsinnigen ständen aber zweifellos hinter denen dieser Idiotenanstalten zurück. Den Schaden hätten also die Kranken. Man dürfe über die Zukunftspläne nicht das Naheliegende vergessen, vor allem nicht das erste Ziel der Psychiater aus dem Auge verlieren: Die Leitung der eigentlichen Idiotenanstalten in die Hände zu bekommen und diese Anstalten in modernem Sinne auszugestalten. Hilfschüler sollten nur die „Schwachbefähigten" bleiben; die Abteilungen an den Kliniken hätten sich nur mit einer vorläufigen und vorübergehenden Behandlung und Ausbildung abzugeben.



*Vogt* spricht sich auch in dem Sinne aus, nur die tatsächlich Schwachbefähigten der Hilfschule zuzuweisen und dies möglichst frühzeitig, um diese schwächeren Schüler erst gar nicht in die Normalschule aufnehmen zu lassen.

*Alt* fragt an, ob der Hilfschulverband eine Einladung zum IV. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke erhalten solle. — Es wird abgeraten, der Schule als solcher auf dem Kongreß einen größeren Spielraum zu gewähren, da sonst nicht recht auseinandergehalten werden könne, was bei der Geisteskrankenfürsorge Leistung des Arztes und Leistung des Pädagogen sei. Besonders *Kluge* widerspricht einer weitergehenden Hinzuziehung der Schule, die besser unter sich bleibe. Es wird beschlossen, die Presse intensiver für die Ausbildung der Hilfschullehrer zu interessieren. *Möller* will in dieser Hinsicht besonders tätig sein. *Alt* will eine in Aussicht gestellte Stiftung auch in dieser Richtung zu etablieren versuchen, nämlich mit Hilfe dieser Summen eine Art Übungschule psychiatrisch-pädagogischer Natur einzurichten. Bei dieser Gelegenheit hofft er auch auf die offiziellen Kreise in der besprochenen Weise Einwirkung erlangen zu können.

3. *Vogt* spricht über die Frage der Jugendgerichte. Er sei seit 2 Jahren am Jugendgericht Frankfurt a. M. als Gutachter tätig und untersuche einen großen Teil aller angeklagten Kinder. Mit seinen Erfahrungen sei er beim I. Jugendgerichtstag in Charlottenburg besonders hervorgetreten und habe dort auch Stellung zu den jetzt herrschenden Systemen genommen. Während nämlich eine Richtung, die „Berliner", das Hauptgewicht auf die Hauptverhandlung lege, suche die „Frankfurter" Richtung ihre Hauptaufgabe in der vorangehenden Recherchierung über die individuellen und persönlichen Verhältnisse des jugendlichen Angeklagten; sonst komme es zu leicht zu „Erziehungwidrigem". Bei dem Jugendgerichtstage trat die Tendenz nach Hinzuziehung eines Fachpsychiaters unumwunden hervor; von der psychiatrischen Ausbildung des Richters versprach man sich weniger. In Frankfurt steht der Verein „Kinderschutz" vornehmlich auch im Dienste dieser Recherchierungen, die niemals durch die Polizei erfolgen dürften. Diese privaten Nachfragen erstreckten sich nicht auf die Straftat, sondern nur auf die gesamten Verhältnisse und Lebensbedingungen des Angeklagten. In Frankfurt plant man die Errichtung einer besonderen „Beobachtungsanstalt" nach amerikanischem Muster. Der mit diesen gutachtlichen Untersuchungen vertraute Arzt dürfe nicht allzu einseitige psychiatrische Auffassung an den Tag legen. Viel leisteten auch die besonderen Verbände für Fürsorgeerziehung, z. B. in Hessen-Nassau.

*Möller* bestätigt, daß in Berlin der Hauptwert auf die Hauptverhandlung gelegt werde. Die Hinzuziehung des ärztlichen Sachverständigen sei eine noch recht formale und noch zu sehr durch richterliche Vorbehalte eingeschränkt. Die vorgeschriebenen Formulare verlangten auch ein allzu



summarisches Urteil. Bedauerlich sei auch, daß die Berliner Gerichte den Gutachtern die gerichtlichen Akten nicht überließen.

*Tuczek* spricht sich mit Nachdruck gegen die Vorenthaltung der Akten aus.

4. *Kluge* weist auf die Mitwirkung des Psychiaters in der Fürsorgeerziehung hin. Diese breche sich jetzt mehr und mehr Bahn; von dieser Mitwirkung dürfe sich die Psychiatrie viel versprechen. Es sei von Wichtigkeit immer wieder zu betonen, daß die pathologisch-schwachsinnigen und die epileptischen, hysterischen und schwer psychopathischen, wie natürlich auch die manifest geisteskranken Fürsorgezöglinge in die Hand des Psychiaters gehörten, daß die schwereren Grenzfälle in solchen Anstalten unterzubringen seien, in denen der Arzt die Leitung oder die Oberleitung habe, und daß nur die leichten Grenzfälle in den Erziehungsanstalten, die ständig ärztlich und psychiatrisch zu beraten seien, belassen werden könnten. In diesem Sinne werde er auf dem Fürsorgeerziehungstage in Rostock sprechen, wo ihm ein Referat übertragen sei.

*Alt* hält seine Fürsorgezöglinge mit unter den übrigen Kranken und hat davon nichts Nachteiliges erlebt. Auch er hält die Anstellung von Psychiatern an den größeren Erziehungsanstalten für erforderlich. Auch plädiert er für eingehende Revisionen aller Erziehungsanstalten. Zum Schluß berichtet er noch über die dem Internationalen Kongreß angegliederte Ausstellung. *Kluge.*

---

## Bericht über die 11. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen

### am 9. Juli 1910 in der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

Anwesend waren die Herren: *Adler*-Schleswig, *Berndt*-Hamburg-Friedrichsberg, *Bertheau*-Schleswig, *Boettiger*-Hamburg, *Boltz*-Hamburg, *Bräuner*-Lüneburg, *Brückner*-Hamburg-Friedrichsberg, *Clemens*-Hamburg-Fuhlsbüttel, *Dabelstein*-Neustadt, *de la Motte*-Bremen-Ellen, *Embden*-Hamburg, *Fischer, W.*,-Hamburg, *Fraenkel*-Kiel, *George*-Hamburg-Langenhorn, *Glüh*-Hamburg-Friedrichsberg, *Hasche-Klünder*-Hamburg-Friedrichsberg, *Hauptmann*-Hamburg-Eppendorf, *Hellmann*-Hamburg-Friedrichsberg, *Henop*-Altona, *Holzmann*-Hamburg-Eppendorf, *Jacobsthal*-Hamburg-St.-Georg, *Kalmus*-Hamburg, *Kaufmann*-Hamburg, *Kirchhoff*-Schleswig, *Körtke*-Hamburg-Langenhorn, *Lienau*-Hamburg, *Loewenhaupt*-Hamburg-Langenhorn, *Lütgerath*-Schleswig, *Markiel*-Hamburg, *Much*-Hamburg-Eppendorf, *Neuberger*-Hamburg-Langenhorn, *Nonne*-Hamburg-Eppendorf, *Ochsen*-Altona, *Ofterdinger*-Rellingen, *Otto*-Hamburg, *Passow*-Schleswig (Kropp), *Pförringer*-Göttingen, *Quickert*-Hamburg-Langenhorn,

*Rautenberg*-Hamburg-Friedrichsberg, *Reye* sen.-Hamburg, *Rittershaus*-Hamburg-Friedrichsberg, *Roesing*-Hamburg-Fuhlsbüttel, *Runge*-Kiel, *Rust*-Sachsenberg, *Salle*-Bremen-Ellen, *Schroeder*-Altona, *Schulze*-Hamburg, *Schulze*-Schleswig, *Schwartz*-Schwartau, *Sierau*-Hamburg-Langenhorn, *Steinwirker*-Hamburg, *Stolzenberg*-Lüneburg, *Thormählen*-Kiel, *Wallichs*-Altona, *Wassermeyer*-Kiel, *Wattenberg*-Lübeck, *Wenck*-Pinneberg, *Weygandt*-Hamburg-Friedrichsberg, *Zendig*-Hamburg.

Vorsitzender: *Weygandt.*

Schriftführer: *Hasche-Klünder, Berndt.*

*Raecke*-Kiel: Über Fürsorgeerziehung im Staate New York. (Referat.)

Im Staate New York hat die Einrichtung der Kindergerichtshöfe eine besonders mächtige Entwicklung genommen. Allein an dem ersten der beiden Kindergerichtshöfe in der Stadt New York sind 1909 11 494 Fälle verhandelt worden. Wo es irgend geht, wird vom Richter zunächst das Urteil ausgesetzt und das Kind probeweise entlassen. Ist es rückfällig, erfolgt seine richterliche Einweisung in eine Erziehungsanstalt. Es wird dann sofort abgeführt und zunächst in einem mit privaten Mitteln erbauten Detentionshause für Kinder untergebracht.

Die staatlichen und städtischen Anstalten unterstehen nicht kirchlicher Leitung. Ziel der Behandlung ist Entwicklung eines selbständigen Charakters und körperliche wie intellektuelle Ausbildung. Die Entlassung erfolgt meist nach Ermessen des Anstaltleiters. Das Kind kann dann unter Umständen noch bis zu seiner Mündigkeit unter Aufsicht und Kontrolle der Anstalt bleiben. Die modernen Anstalten sind im Cottage-System erbaut, liegen auf dem Lande und haben neben wohl eingerichteten Werkstätten auch landwirtschaftlichen Betrieb. Neuaufnahmen gelangen zunächst in Quarantäne und werden ärztlich untersucht. Für Imbezille und Psychopathen fand ich öfters abgesonderte Stationen. Täglich kommt der Arzt in die Anstalt.

Körperliche Strafen sind im ganzen Staate New York verboten. Widerspenstige werden vorübergehend isoliert oder kommen in geschlossene Strafabteilungen, wo Tag- und Nachtwachen vorgesehen sind. Zur Aufrechterhaltung der Disziplin dienen aber vor allem das Meritsystem und der militärische Drill. Das Kind muß sich eine bestimmte Anzahl guter Wochen verdienen, ehe es entlassen werden kann. Die Knaben sind militärisch ausgebildet nach dem amerikanischen Exerzierreglement und können bei entsprechendem Verhalten zu Unteroffizieren und Offizieren avancieren. Dadurch wird ihr Ehrgeiz geweckt und ihre Selbstachtung gehoben. Die Erfolge sollen gute sein: Auch in Deutschland wäre eine Zurückdrängung des geistlichen zugunsten des ärztlichen Einflusses bei der Fürsorgeerziehung wünschenswert.



Diskussion. — *Weygandt*-Friedrichsberg betont den vorbildlichen Wert der amerikanischen Fürsorgeeinrichtungen auch für Deutschland, wo man bei der Verwirklichung der neuen Fürsorgeerziehungsgesetze sich zu eng an die alten Unterbringungsgelegenheiten, vor allem charitativen Charakters, gehalten und die Stimme der Ärzte überhört hat. Ferner fragt *W.* an, ob man in Amerika auch Versuche mit einem „Training ship", der Unterbringung von Zöglingen auf einer Art Schulschiff, gemacht hat, wie es sich in England bewährt hat. Neuerdings hat man einen Versuch derart in Emden gemacht, doch auch für Hamburg, Bremen, Holstein u. dgl. würde es sich empfehlen.

*Raecke*: Schlußwort.

*Wassermeyer*-Kiel: Über Selbstmord.

90 Männer und 79 Frauen, die kurz nach mißglücktem Selbstmordversuch in die Kieler psychiatrische und Nervenklinik aufgenommen wurden, sind auf ihren Geisteszustand untersucht worden. Von den Männern waren 30% Geisteskranke, von den Frauen dagegen 72%. Die Mehrzahl aller Fälle war verheiratet. Die jüngern Lebensalter zeigten eine bedeutend stärkere Beteiligung an Selbstmordversuchen als die höhern. Auch bei den als leicht geisteskrank Bezeichneten ließ sich bei fast allen nachweisen, daß die Tat in einem als nicht normal zu bezeichnenden Geisteszustand verübt worden war. (Der Vortrag erscheint in extenso an anderer Stelle).

Diskussion. — *Weygandt*-Friedrichsberg fragt an, ob Vortr. den Selbstmord aus normalen Motiven ganz ausschließen möchte, wie man ihn vor allem in Ländern, die ihn als Volksitte kennen, wie im alten Japan, zugeben muß. Für Hamburger Verhältnisse ist es wichtig, neuerdings Belege zu haben, aus denen hervorgeht, wie viele Suizidfälle bei beginnender Psychose begangen werden, meist von heilbaren Geisteskranken, die wohl alle hätten gerettet werden können, wenn man die Kranken rechtzeitig in die Anstalt gebracht hätte. Jede Erschwerung der Anstaltaufnahme durch zu große Entfernuug außerhalb der Stadt, durch Abschreckung infolge schlechter und veralteter Einrichtungen usw. wird die Seltbsmordziffer in die Höhe rücken. Bei der Frage, ob Friedrichsberg verlegt oder an Ort und Stelle reorganisiert werden soll, fällt jene Betrachtung mit in die Wagschale.

*Wassermeyer*: Schlußwort.

*Much:* Psychiatrie und Serologie.

Die Berührung der experimentellen Biologie mit der Psychiatrie beschränkt sich bisher wesentlich auf drei Reaktionen:

1. die *Wassermann*sche Luesreaktion,
2. die *Much-Holzmann*sche Kobrareaktion,
3. die *Geißler*sche Präzipitinreaktion.



Von diesen scheidet die erste sensu strictiore aus, da sie nicht über psychiatrische Phänomene aufklärt, sondern sich lediglich mit der Frage Lues beschäftigt. Ich erinnere an die Arbeiten von *Brückner*, die übrigens von *Plaut* eine ganz ungerechtfertigte Kritik erfahren haben.

Die Kobrareaktion sollte dazu dienen, zum ersten Male mit Hilfe einer biologischen Methode in das Wesen eigentlich psychiatrischer Phänomene einzudringen. Nach den erfahrenen Kritiken scheint die Mehrzahl der deutschen Nachprüfer diesen leitenden Gesichtspunkt überhaupt nicht verstanden zu haben. Glücklicherweise ist er aber von wirklich interessierter deutscher Seite richtig verstanden worden und ebenso von ausländischer Seite in diesem Sinne vollauf gewürdigt worden.

Ich selbst mache es mir zum Vorwurfe, daß ich die Reaktion, dem leidigen Zeitgeschmacke folgend, gleich mit der Brille des Diagnostikers angesehen habe. Durch die reine Diagnosenidee ist etwas Schiefes in die Reaktion hineingekommen. Es ist aber nicht das Zeichen großer geistiger Einsicht, wenn von mehreren Nachprüfern die Reaktion deshalb abgelehnt wurde, weil die Resultate nicht mit der zuerst formulierten Fassung übereinstimmen. Dadurch zeigt man, daß Einem die eigentliche zugrundeliegende Idee ganz gleichgültig ist, oder daß man sie überhaupt nicht verstanden hat.

Ich habe nun selbst vor einem Jahre die klinische Bedeutung der Reaktion auf ein Minimum beschnitten, um für wirklich neue biologische Erfahrungen Raum zu machen.

Und so hat sich denn auch gezeigt, daß die Reaktion bei nicht oberflächlicher Betrachtung und richtiger Fragestellung zu durchaus guten Hoffnungen berechtigt. *Geißler* kommt beispielsweise zu dem Schlusse: „Daß sich die Psychosen an dem positiven Ausfall der Reaktion am stärksten beteiligen und unter ihnen die Dementia-praecox-Gruppe, läßt sich nicht mehr bestreiten.“ Und in einer andern Publikation kommt *Geißler* zu dem Schlusse: „In letzter Zeit haben *Much* und *Holzmann* auf Stoffe hingewiesen, die sich im Serum von gewissen Geisteskrankheiten finden und deren Existenz und gehäuftes Vorkommen bei Epileptikern, Manisch-depressiven und vor allem bei Dementia-praecox-Kranken durch die letzten Untersuchungen als erwiesen gelten muß“.

Ganz ähnlich hat man sich von russischer und amerikanischer Seite geäußert. Ebenso günstig lauten Nachprüfungen, die bald veröffentlicht werden. Das dürfte genügen, um vorurteillose und einsichtige Untersucher zu weiteren Versuchen, die noch mannigfach variiert werden müssen, anzuregen. Ob die Resultate mit der zuerst formulierten Fassung übereinstimmen, ist ganz gleichgültig. Wenn sie nur in irgend einer Richtung hin Licht bringen.

Im biologischen Sinne ist die Kobrareaktion unspezifisch. *Geißler* versuchte nun, eine spezifische Reaktion in die Psychiatrie einzuführen.

Beschreibung des Prinzips der Reaktion und der Resultate *Geißlers*.

Ich habe mit *Brückner* die Reaktion nachgeprüft. Ich behandelte:

3 Tiere mit Serum von Katatonie,
1 Tier mit Serum von Hebephrenie,
3 Tiere mit Serum von Epilepsie,
3 Tiere mit Serum von manisch-depressivem Irresein.

Das Serum der Tiere wurde nach der Komplementbindungsmethode *Geißlers* geprüft. Bei einem Katatonietiere konnte ich die Angaben *Geißlers* vollkommen bestätigen. Ein zweites Katatonietier reagierte positiv mit Katatoniker- und Epileptikerserum. Ein drittes und das Hebephrenietier reagierten negativ (individuelle Verhältnisse?). Von den Epilepsietieren reagierte eins positiv gegen Epileptikerserum. Die mit Serum von manisch-depressivem Irresein vorbehandelten Tiere zeigten unübersichtliche Resultate.

Ob die Reaktion spezifisch ist, läßt sich nicht sagen. Vielleicht handelt es sich bei ihr um dasselbe Prinzip wie bei der Kobrareaktion. Wenn ich sie auch erst in einem Falle bestätigen konnte, so glaube ich doch, daß durch sie Verhältnisse aufgedeckt werden, die das Interesse des Forschers beanspruchen müssen. Ob sie zu dem Ziele führt, das *Geißler* schon präzisiert hat, oder zu einem ganz anderen Ziele, dürfte für das ehrliche Interesse des Forschers gleichgültig sein.

Ich selbst habe seit einiger Zeit (schon vor der *Geißler*schen Publikation) Versuche vor an Tieren, die mit Gehirnsubstanz oder Spinalflüssigkeit von Geisteskranken vorbehandelt werden und dann mit einer einfachen Methode geprüft werden. Leider fehlt es mir an Zeit und Ausdehnungmöglichkeit, die Versuche in einem brauchbaren Tempo zu Ende zu führen.

Jedenfalls sollte die Psychiatrie die dargebotene Hand der Serologie nicht hochmütig zurückweisen. Daß gerade hier der Anfang besonders schwer sein muß, ist einleuchtend. Deshalb ist aber der Versuch zum Anfange um so anerkennenswerter und unterstützungswerter.

*Brückner*-Friedrichsberg: Bedeutung der Syphilis als Ursache der Idiotie. —

Der Vortrag ist publiziert Münch. Med. Wochenschrift 1910 Nr. 37, S. 1944.

*de la Motte*-Bremen (Ellen): Dr. *Porges*sche Luesreaktion.

Ref. prüfte am Krankenmaterial der Bremer Staatsirrenanstalt die Lues-Ausflockungsreaktion mit glycocholsaurem Natron nach. Von den 184 Versuchen entfielen 144 auf Serum, 40 auf Liquor cerebrospinalis. Die Blutuntersuchungen ergaben folgendes: Es wurden 50 sichere Para-



lysen geprüft; nach *Wassermann* reagierten positiv 46, also 92%, nach *Porges* 45, von diesen einer zweifelhaft, also, wenn dieser ausgeschaltet wird, 90%. Die Fehlreaktionen gingen im allgemeinen parallel. Unter 17 sekundär und tertiär Luischen reagierten nach *Wassermann* 16 positiv (99%), nach *Porges* 15 (88%). Die Fehler korrespondierten hier nicht. Unter den 9 auf Lues Verdächtigen waren nach *Wassermann* 6 deutlich negativ, einer fraglich, einer positiv, einer schwach positiv; nach *Porges* 7 negativ, 2 positiv. Von den 50 Kontrollproben, die von Geisteskranken ohne Luesverdacht stammten, reagierten nach *Wassermann* 100% negativ, nach *Porges* 99%. 18 Gesunde waren nach beiden Methoden in 100% negativ.

Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergab folgendes: Unter 28 sicheren Paralysen reagierten nach *Wassermann* positiv 23 (82%), nach *Porges* 26 (93%). Eine Lues cerebri war nach *Wassermann* negativ, nach *Porges* positiv. Die Kontrollfälle (Katatonien und manisch-depressive Patienten sowie ein auf Paralyse Verdächtiger) waren sämtlich negativ.

Die recht günstigen Resultate ermutigen zu weiteren Untersuchungen.

Der Vortrag ist publiziert Deutsch. Med. Wochenschrift 1910, 34, S. 1561.

*Ritterhaus* - Friedrichsberg: Zur Differentialdiagnose der Paralyse.

Vortr. demonstriert makroskopische und mikroskopische anatomische Präparate eines Falles, der in vivo als Paralyse imponiert hatte, ohne es zu sein. Im Alter von 41 Jahren erkrankte der Patient, dessen Bruder ebenfalls in Friedrichsberg an Paralyse gestorben war, unter paralyseähnlichen psychischen Erscheinungen, die sich schließlich zu einem typisch paralytischen Bilde steigerten: absolute Kritiklosigkeit, Indolenz, ethische Defekte und Charakterveränderung (spuckte in Gesellschaft bei einem Lachausbruch die im Mund befindlichen Speisen auf den Teller zurück und aß dann ruhig weiter, urinierte in die Stube, etc.). Vergeßlichkeit, schließlich schlappe euphorische Demenz. Dazwischen traten 3 mal apoplektiforme Anfälle auf, deren Folgeerscheinungen jedoch jedesmal bald und fast völlig wieder verschwanden. Patellarreflexe gesteigert, jedoch l=r; Pupillenreaktion auf Licht und Akkomodation träge; Arteriosklerose der peripheren Arterien. Lues war weder nachzuweisen noch auszuschließen; *Wassermann* und Lymphozytose waren negativ. Plötzlich Exitus unter epileptiformen Krämpfen vom Jacksontyp.

Bei der Sektion fand sich eine hochgradige Arteriosklerose aller Gehirnarterien und als Todesursache eine ganz enorme Ventrikelblutung. Mikroskopisch zeigten sich rein arteriosklerotische Veränderungen; eine Paralyse war mit Sicherheit auszuschließen.

Zum Schluß demonstriert Vortr. nochmals kurz die neuesten diesbezügl. Befunde von *Kaes* *) an Ganglienzellen. Diese Veränderungen

*) Vorläufige Mitteilung auf dem wissenschaftlichen Abend der Irrenanstalt Friedrichsberg 9./IV. 1910.



(körniger Zerfall bei Erhaltung der äußeren Zellform) sollen für Arteriosklerose charakteristisch sein und sich differentialdiagnostisch deutlich von denen bei Paralyse (Vernichtung der Zellform) trennen lassen. Auch in dem vorliegenden Falle konnte dies bestätigt werden. Nachprüfung ist erforderlich. Ausführliche Veröffentlichung folgt.

Diskussion zu den Vorträgen *Much, de la Motte, Brückner, Rittershaus.* — *Raecke*-Kiel entnimmt den Ausführungen des Herrn *Much*, daß die Resultate der *Geißler*schen Reaktion „dunkel und unklar" sind. Weit wertvoller sind die mit der *Wassermann*schen Reaktion angestellten Untersuchungen von Herrn *Brückner*. Gegenüber Herrn *Rittershaus* sei zu betonen, daß auch bei sicherer Paralyse *Wassermann*sche Reaktion fehlen kann. Wesentlicher sei hier das gleichzeitige Fehlen von Lymphozytose. Übrigens trage die Sprachstörung bei arteriosklerotischer Demenz meist bulbären Charakter und unterscheide sich von dem typischen Silbenstolpern.

*Nonne*-Eppendorf: Wenn ein Fall auf Paralyse verdächtig ist und *W*.-Reaktion im Blut negativ ist, so spricht dies mit großer Wahrscheinlichkeit gegen Paralyse. Sehr oft zeigt die quantitative Untersuchung starke Grade der *W*.-Reaktion im Blut; auch dies läßt sich, wenn die Lumbal-Punktion aus anderen Gründen nicht möglich ist, oft differentialdiagnostisch verwerten.

Auch im Liquor spinalis zeigt bei Paralyse die *W*.-Reaktion meistens hohe Grade. Fehlen der *W*.-Reaktion im Liquor muß an der Diagnose „Paralyse" gewichtige Zweifel wecken.

*Wassermeyer*-Kiel hat an dem Material der Kieler Nervenklinik bei Paralyse positive *Wassermann*reaktion in ca. 90 % der Fälle im Serum und nur in 50 % im Liquor gefunden. Bei Tabes wurde im Liquor keine positive Reaktion nachgewiesen.

*Brückner*-Friedrichsberg schließt sich der Meinung des Herrn *Raecke* an, daß das Fehlen der Pleozytose schon sehr gegen Paralyse spreche. — Dem negativen Ausfall der *W*.-R. legt er nicht denselben Wert bei wie Herr *Nonne*, dessen 100 % sich daraus erklären könnten, daß alle negativ reagierenden Fälle anders diagnostiziert seien. — Auch Herr *Zeißler* hat mit seiner quantitativen Methode in einer Reihe von Fällen zweifelloser Paralyse Herrn *Brückner* dessen negative Serumreaktion bestätigt.

*Holzmann*-Eppendorf kann bestätigen, daß die Kobra-Reaktion keineswegs ad acta gelegt zu werden braucht. *H*. ist zur Zeit damit beschäftigt, die Resultate zusammenzustellen, die er erzielte, als er die etwas modifizierte Reaktion an 1200 Fällen nachprüfte. Die Divergenzen, die in den Nachuntersuchungen zutage traten, erklären sich zum wenigsten teilweise aus der Verschiedenheit des klinischen Materials.










Die ersten von *Much* und *H.* veröffentlichten Resultate wurden an dem Material der *Nonne*schen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses erzielt.

Hier kamen aber im Gegensatz zu dem Material der meisten Nachuntersucher nur leichte inzipiente oder exazerbierende chronisch milde Fälle zur Behandlung.

Die Reaktion ist keineswegs spezifisch für Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. In dem Anfangstadium dieser Erkrankung und bei der leichten Form hat H. auch jetzt die Reaktion in den meisten Fällen positiv gefunden. Aber auch andere Psychosen und Hirnerkrankungen reagieren u. U. positiv.

Bemerkenswert ist die Häufigkeit einer positiven Reaktion bei Degenerierten und Psychopathen. (Näheres wird demnächst veröffentlicht.)

*Trömner:* Über traumatische Psychosen.

Von dem allgemeinen Kursrückgang in der Bewertung exogener Faktoren in der Pathogenese von Psychosen wurde auch das Trauma, speziell die Hirnerschütterung (Concussio cerebri) betroffen, welcher man früher die weitestgehenden Wirkungen zuschrieb. Trotz kritischster Vorsicht muß aber an der Möglichkeit festgehalten werden, daß schwere Erschütterungen Kopf und Rückenmark deletär affizieren können. Erstens durch Hervorrufung von Krankheiten, allerdings auf dem Boden anzunehmender Disposition (z. B. Blutungen, Epilepsie); es würde hier die Gleichung bestehen $M = T \times D$ (Morbus gleich Trauma mal Disposition). Zweitens durch Modifikation oder Richtungänderung im Anzug oder in der Entwicklung begriffener Krankheiten, durch Modifikation nach Zeit, Raum und Symptomen (Beschleunigung der zeitlichen Entwicklung, Bestimmung des Ortes der Entwicklung, Verschiebung der Symptomatologie). Kausalzusammenhang in diesem oder jenem Sinne darf aber, speziell gutachtlich, nur vertreten werden, wenn folgende Bestimmungen erfüllt sind:

1. daß das Trauma einen wirklichen Unfall darstellt und nicht schon irgendwie die Folge einer Krankheitäußerung ist (z. B. wenn ein Apoplektiker infolge eines Schwindelanfalles stürzt),

2. daß das einwirkende Trauma die erfahrunggemäß nötige Stärke besitzt,

3. daß das Intervall zwischen Trauma und der ersten Krankheitäußerung — gleichsam die Inkubationszeit der Krankheit — eine gewisse vernünftige Länge weder unter- noch überschreitet, und

4. daß stets ein gewisser klinischer Konnex zwischen Trauma und Krankheitäußerungen besteht, auch im Intervall.



Diesen Kriterien halten nur wenige von den früher als traumatisch beschriebenen Psychosen (*Schlager, Schüle, Krafft-Ebing*) stand. Die Mehrzahl sind Paralysen oder Dementia praecox; einige progressive Encephalomalazien, welche durch das Trauma höchstens modifiziert wurden. Einwandfreie Fälle von traumatischen Geistesstörungen sind nicht häufig. Ihre Schwere hängt ab von der Schwere der erlittenen Erschütterung, vom Alter der Betroffenen und von mitwirkenden disponierenden Momenten. Die leichtesten sind Fälle von Hirnschwächung, welche freilich gewöhnlich in der Privatpraxis vorkommen und verlaufen. In 3 von *Tr.*s Fällen boten jugendliche Individuen (ohne Belastung und ohne besondere Dispositionen) nach Hirnerschütterungen folgende Symptome: Merkunfähigkeit, Reizbarkeit, Indolenz gegen neue Eindrücke, Intoleranz gegen mittlere Anstrengungen oder Nervengifte und Schlafstörungen (Pavor nocturnus oder aufregende Träume).

*Tr.* schlägt für solche Fälle den Namen „traumatische Hirnschwäche" oder „Encephalopathia traumatica" vor. Die Prognose ist günstig, Heilung erfolgt nach durchschnittlich einem halben bis einem Jahr. Den Namen „vasomotorischer Symptomenkomplex", welchen *Friedmann* für ähnliche Fälle gebrauchte, lehnt *Tr.* aus verschiedenen Gründen ab.

Schwerere Hirnerschütterungen bewirken, wenn noch disponierende Momente hinzutreten (schwere Belastung, Alkoholismus, vorhergehende Traumen), psychische Störungen tiefergehender Art, entweder das traumatische Delir *Willes* oder Psychosen, welche sich durch schwere Störungen der Merkfähigkeit event. mit Konfabulation, Reizbarkeit, Desorientierung (besonders zeitliche), Intoleranz gegen Nervengifte, Halluzinationen, event. Beeinträchtigungideen, konfuses Gebahren oder kindische Streiche auszeichnen. Sie verlaufen periodisch oder remittierend und heilen entweder oder hinterlassen eine mäßige Demenz mit den reduzierten Hauptsymptomen der Psychose. Für diese Fälle schlägt *Tr.* (wie auch *Kölpin*) den Namen „Amentia traumatica" vor.

Dazu gehören auch als etwas abweichende Varietät die von *Kalberlah, Heilbronner* veröffentlichten Fälle von *Korsakow*schem Syndrom nach Trauma. Trotz klinischer Ähnlichkeit bestehen jedoch Unterschiede der Am. traum. sowohl von der Dementia praecox, besonders der paranoiden Form, als auch den Mischformen des manisch-depressiven Irreseins. Darunter nicht zu subsumieren und von anderer Bedeutung sind die Fälle von progressiver epitraumatischer Demenz mit schweren anatomischen Befunden (*Köppens* Dementia posttraumatica).

Ausführliche Publikation demnächst in der Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie.

Diskussion. — *Brückner* bezweifelt die Berechtigung, mit den letzt genannten Fällen ein neues Krankheitbild als Amentia traumatica aufzustellen, zumal sie sich klinisch in nichts von Dementia praecox unterscheiden.







*Raecke*: Günstiger Verlauf spricht noch nicht gegen eine katatonische Erkrankung. Die Abgrenzung des von dem Herrn Vortr. gezeichneten Krankheitbildes gegen diese erscheint nicht gelungen.

*Trömner* (Schlußwort): Von der Dementia praecox unterscheiden sich meine Fälle durch die größere Ordnung im Benehmen trotz barocker Streiche, das Fehlen von Sprachverwirrung, die zeitliche Desorientierung und den günstigen, remittierenden Verlauf.

*Boettiger*-Hamburg: Beitrag zur Symptomatologie der Hirngeschwülste.

*Boettiger* demonstriert, unter Bezugnahme auf einen jüngst mit Glück operierten Tumor des rechten Gyrus angularis (s. Neurolog. Zentrallblatt 1910, S. 434), eine neue Beobachtung des gleichen Sitzes eines Tumors. Es handelte sich um eine 43 jährige Frau, welcher vor 2 Jahren ein Mammakarzinom entfernt worden war. Seit März 1910 bestand Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, zeitweilig Schüttelkrämpfe in den Armen. Die Untersuchung im Mai 1910 ergab: Stauungpapille r > l, Abduzenslähmung links, verkürzter Perkussionschall über der rechten Hemisphäre. Die erste Diagnose lautete daher auf Tumor des rechten Gyrus angularis; das Bild entsprach absolut dem des operierten Falles. Karzinommetastase erschien nicht ausgeschlossen. — Ende Mai trat links Babinski auf, der in seiner Deutlichkeit wechselte. Beim Gehen Taumeln nach links; beginnende Abduzenslähmung auch rechts. Die Anfälle von Schütteltremor in den Armen traten öfter auf, verbunden mit vermehrtem Erbrechen. Es erschien zweifelhaft, ob alle Symptome sich mit der bisherigen Diagnose vereinigen ließen. Es mußte sich entweder um mehrere Tumoren handeln; ein einzelner wäre vielleicht eher in der hinteren Schädelgrube zu suchen.

Operation durch Professor Dr. *König*-Altona, zweizeitig am 17. und 23. Juni 1910, Freilegung der rechten Kleinhirnhemisphäre, Befund negativ, exitus am 30. Juni, Sektion am 1. Juli 1910. Es fand sich über dem rechten Gyrus angularis eine wallnußgroße sehr harte Karzinommetastase, die das Gehirn stark komprimiert und verdrängt hatte. Eine zweite kleinere Metastase im rechten Gyrus temporalis III, dazu Hydrocephalus internus. Die sonstige Körpersektion war, besonders auch hinsichtlich weiterer Metastasen, absolut negativ.

Nach diesen zwei Beobachtungen hält *Boettiger* den Befund einer isolierten Abduzenslähmung von großer Totalität und Konstanz, wenn gleichzeitig die Allgemeinsymptome des Tumors, namentlich Stauungpapille und Kopfschmerzen vorhanden sind, für pathognomonisch für Tumor des anderseitigen Gyrus angularis. In *B*.s beiden Fällen war die Stauungpapille auf der erkrankten Seite stärker, und beide Male unterstützte die Schädelperkussion die Diagnose der Hemisphäre.



*Nonne*-Hamburg-Eppendorf demonstriert Präparate aus dem Gebiete verschiedener Rückenmarkskrankheiten.

Herr *Nonne* zeigt die Präparate von vier richtig diagnostizierten und lokalisierten extramedullären, komprimirenden Tumoren: zwei Fälle heilten restlos aus, ein Fall mit restierender geringer spastischer Parese in den unteren Extremitäten. Der dritte Fall, der bereits in einem andern Krankenhaus ein Jahr lang als Myelitis dorsalis gelähmt gelegen hatte und mit ausgedehntem Decubitus und Cystopyelitis aufkam, starb bald nach der Operation im Chok.

Weiter demonstriert *N.* drei Fälle von intramedullärem aszendierenden Sarkom, von denen zwei richtig diagnostiziert waren; der dritte war als extra-medullärer Tumor diagnostiziert und unter dieser Diagnose probelamiektomiert worden. In diesem letzteren Fall war, wie bei vier früher von *N.* beobachteten Fällen von extramedullären komprimierenden Tumoren die Phase I Reaktion sehr stark positiv gewesen.

In einem weiteren Fall war die Diagnose auf zentrale Hämatomyelie oder zentralen Rückenmarks-Tumor nach den Symptomen einer schnell absteigenden Lähmung mit Dissoziation der Sensibilitätstörung gestellt worden. Eine Ätiologie lag in diesem Falle nicht vor. Die Sektion zeigte makroskopisch und mikroskopisch negativen Befund. Ebenso ging es in einem weiteren Fall, der die Symptome eines Tumors im Conus oder in der Cauda aequina in der Nähe des Conus zeigte. Auch hier fiel die makroskopische Untersuchung ganz negativ aus, und die mikroskopische Untersuchung zeigte nichts weiter als in der einen Hälfte der Hinterstränge im Sakral-Mark die Zeichen einer geringen aufsteigenden Degeneration. In den Fäden der Cauda equina fand sich aber nichts Pathologisches. Solche Fälle mahnen immer noch zur Vorsicht in der Diagnose „intra-medullärer Tumor".

Ferner zeigt *N.* vier Fälle von Meningo-Myelitis syphilitica chronica, welche alle das Symptom-Bild eines inkompleten Brown-Séquard geboten hatten, ferner die Präparate einer akuten thrombotischen Quererweichung im Rindenmark bei einem Syphilitiker und schließlich eine Syringomyelie des Hals- und Dorsalmarks bei einem Patienten, der syphilitisch infiziert gewesen war. Das Symptombild war das einer subakut entstehenden aufsteigenden Myelitis dorso-cervicalis incompleta, ohne daß dissoziierte Sensibilitätstörungen vorhanden gewesen waren. Da die *Wassermann*-Reaktion im Blut positiv gewesen war (syphilitische Anamnese) und Lymphozytose und Phase I ebenfalls schwach positiv waren, so hatte man an der Diagnose: „syphilitische Erkrankung des Rückenmarks nicht gezweifelt. Der Fall zeigt wieder einmal, daß die neuen Untersuchungsmethoden in Fällen, wo die syphilitische Anamnese feststeht, in der Differenzial-Diagnose gegen andere organische Rückenmarksleiden nicht Ausschlag geben können.



*Kalmus*-Hamburg: Fälle schwerer Hysterie.

1. 30jährige Frau mit chronischem Torticollis hystericus, bestehend seit ½ Jahr. Kopf wird fast ständig durch krampfhafte Zuckungen der oberflächlichen und tiefen Halsmuskulatur nach rechts gedreht; in Augenblicken der Ruhe treten schlagende Beugebewegungen des rechten Armes auf, in der Richtung auf den Kopf. Nachtruhe und Nahrungaufnahme erheblich gestört. Beginn mit Nackenschmerzen ohne bekannte sonstige Ursache. Andere hysterische Zeichen fehlen. Mäßige Belastung, hysterische Vergangenheit: außer Angstzuständen, Ohnmachten, Schwindelanfällen, nervösen Hautausschlägen in jugendlichem Alter trat im 12. Lebensjahr ein tonisches Caput obstipum ein von eintägiger Dauer. Vortragender wendet sich gegen die von andrer Seite vorgeschlagene operative Behandlung, hält die hysterische Natur des Leidens für unzweifelhaft und erhofft von Suggestivtherapie Heilung.

2. 17 jähriges Mädchen, seit 1 Jahr durch Hypnose geheilt von einer 1 ½ Jahre lang bestehenden Neigung zu hysterischen Selbstverletzungen. Damals in unregelmäßigen Intervallen 1 bis 10 mal monatlich meist nach Erregungen, stets während der Menses auftretende streifenförmige Hautschrunden, die von einem hyperämischen Stadium in ein nässendes übergingen und unter Schmerzen in 5 bis 6 Tagen heilten. Keine Körpergegend blieb verschont. Man hatte den Eindruck, als wenn die Verletzungen durch ein rauhes Instrument oder eine ätzende Salbe hervorgerufen waren. Patientin und Angehörige protestierten gegen die Annahme artefiziellen Ursprungs. Neuropathische Anlage, häufige Kopfschmerzen, im 12. bis 14. Lebensjahre Zwangzustände, Vater Potator und sonstige Belastung. Brüskierung der Kranken durch einen Dermatologen mit Hinweis auf Selbstverschuldung verschlimmerten den Zustand. Hypnotische Suggestionen, die das Moment der Selbstverschuldung außer acht ließen, brachten in 6 Wochen Heilung.

3. 33 jährige Patientin mit hysterischer Retentio urinae seit ½ Jahr. Psychopathin, mit 21 Jahren menstruiert, von jeher Kopfdruck, Stimmungschwankungen, Schlaflosigkeit, Stuhlverstopfung bis zu 13 Tagen, jahrelang Magenleiden mit Erbrechen usw. Wiederholt aphonisch bis zu 8 Tagen, als 10 jähriges Mädchen mehrere Wochen „blind". In den letzten 12 Jahren wegen heftiger Schmerzen in rechter Bauchgegend dauernd behandelt, bald an Koliken, an Wanderniere, bald an Blinddarmentzündung. Vor ½ Jahr Appendix entfernt, „Verwachsungen" vorgefunden. Seitdem bis auf einmaliges Wasserlassen Ischurie und völliges Fehlen des Harndranges. Starke Argentumlösung löst selbst nach vierstündigem Verweilen in der Blase weder Schmerz noch Drang aus. Kein Harnträufeln. Seit Monaten Katheterismus erforderlich. Der Katheter passierte widerstandlos den Sphincter. Spinale Symptome fehlen. Hingegen besteht eine totale sensible und sensorische Empfindunglosigkeit auf der rechten Körperhälfte, zeitweise mit hemispastisch-



paretischen Erscheinungen auf derselben Seite. Gehör, Geruch, Geschmacksvermögen rechts aufgehoben; konzentrische Gesichtsfeldeinengung des rechten Auges. Reflexe normal. Somnambul-hypnotische Zustände mit kataleptischen Phänomenen usw. mit Leichtigkeit auslösbar. — Nach erfolgter Vorstellung gelang es zum erstenmal, durch Hypnose spontanes Urinlassen hervorzurufen.

4. 18 jähriger Lehrling leidet an hysterischen Dämmerzuständen von 1 bis 5 Wochen Dauer, die stets im Anschluß an noch so geringen Alkoholgenuß auftreten. Qualität der Anfälle immer die gleiche: Zustände von Hemmung, Benommenheit, Vorbeireden, Affektlosigkeit, ohne Wahnideen, mit lückenhafter Erinnerung. Schwach begabt, vorübergehend Zwangsvorstellungen, erregbar, Neigung zur Unwahrhaftigkeit, als Knabe kleinen Diebstahl begangen. Leidet an Heufieber, desgleichen eine Schwester. In der nächsten Familie nervöse, melancholische Störungen, Potatorium und zweimal Zwillinge. Vortragender weist auf die relative Häufigkeit von Zwillinggeburten in belasteten Familien hin und erinnert an seine vor 6 Jahren in der Altonaer Versammlung norddeutscher Irrenärzte gemachten Ausführungen. Jede dritte seiner Stammlisten weist Zwillinge auf in der nächsten Verwandtschaft der Kranken. Er sieht darin ein Belastungsmoment, das den bisher bekannten als ebenbürtig an die Seite zu stellen ist, und wünscht die Aufmerksamkeit der Fachgenossen darauf gelenkt zu haben.

*Kellner*-Alsterdorf: Demonstrationen.

1. Eines 6 jährigen blödsinnigen Mädchens mit ausgesprochenem Gorilla-Typus. Die Eltern sind geistig tiefstehende Leute, ohne Kenntnisse, die aber doch ihren bescheidenen Platz als Arbeiter ausfüllen. Ein Bruder des Vaters ist ein geistesschwacher hydrocephaler Zwerg gewesen, ohne Sprachvermögen, unrein, ungesellig. Dieser ist im 26. Jahr gestorben. Ein Großneffe des Vaters, ein 7 jähriger Knabe, ist idiotisch, ohne Sprachvermögen. Die Mutter des demonstrierten Kindes hat während der Schwangerschaft einen Unfall erlitten. Das Kind, über dessen erste Lebensjahre nichts besonderes zu melden ist, ist jetzt 6 Jahre alt und präsentiert sich als ein hydrocephales, auf tiefster geistiger Stufe stehendes Wesen ohne Sprachvermögen, ohne Kenntnis seiner Umgebung, ohne Geselligkeitstrieb und Anhänglichkeit, kurz als ein Mensch, der in geistiger Beziehung tief unter dem Niveau eines Menschenaffen steht. Mit einem solchen hat aber das Kind sowohl in seinem äußeren wie in seinen Manieren eine auffallende Ähnlichkeit. Der dicke Kopf, dessen Maße (Umfang 57, größte Länge 19, Breite 15,5 und Höhe 11,8 cm) weit über die physiologischen Grenzen hinausgehen, ist von einem Wald roter, straffer Haare umgeben, die dicken Augenbrauen sind über der Nase zusammengewachsen, die Nase ist glatt mit eingesunkenem Rücken und tritt wenig hervor, die Kiefer und Jochbogen sind sehr stark ausgebildet und vor-

stehend. Die Länge des ganzen Kindes beträgt 111 cm, ohne Kopf 86, davon der Rumpf 42 und die Beine 44 cm Länge haben. Der Rumpf ist schmächtig, der Leib aufgetrieben, 67 cm im Umfang, der Nabel vorgewölbt, die inneren Organe sowie die Reflexe sind normal. Die Beine sind auffallend dünn und muskelschwach, der Umfang der Wade beträgt 19 cm.

Den ganzen Körper des 6 jährigen Kindes überzieht eine dichte, rötlich-blonde Haarschicht, die am stärksten ausgebildet ist auf den Schultern, dem Rücken und besonders auf den Beinen. Lange Haare finden sich auf den großen Zehen sowie an den Daumenseiten der Hände. Die Daumen der Hände sind, wie bei den Affen, auffallend klein und kurz, vor allem sind die Metacarpi sehr zurückgeblieben. Die übrigen Finger sind annähernd gleich lang und wenig differenziert. Die Arme haben eine abnorme Länge, 47 cm gegen 42 bis 44 bei anderen gleichaltrigen und gleichgroßen Kindern. Auch sitzt das Kind oft wie ein Affe mit den auf dem Boden gestützten Händen. An den Ohren ist nichts abnormes, die Zähne sind infolge davon, daß das Kind jeden Gegenstand, dessen es habhaft wird, in den Mund steckt und benagt, abgeschliffen. Beim Essen zeigt das Kind eine besondere Ähnlichkeit mit einem Affen. Es greift hastig nach dem vorgehaltenen Bissen, reißt mit den Zähnen ein Stück davon und wirft den Rest von sich um ihn im nächsten Moment wieder aufzusuchen. Ungenießbare Sachen steckt das Kind ebenfalls, ohne irgend eine Besichtigung vorzunehmen, in den Mund, beißt darauf und wirft sie dann fort.

2. Demonstration zweier Kretins, eines 12- und eines 6 jährigen Mädchens, die beide vor drei Jahren in die Alsterdorfer Anstalten aufgenommen wurden und damals beide den Kretin-Typus in ausgeprägtestem Maße zeigten. Bei beiden ist seit Jahren Jodothyrin angewandt.

Diese Therapie ist bei dem 12 jährigen Kretin ohne wesentlichen Erfolg gewesen. Die Größe des Kindes beträgt jetzt 95 cm, der Kopf ist hydrozephal, die Zunge liegt vor, der Nasenrücken ist breit und vorgeschoben, die Nase aufgestülpt, die Augen weit auseinanderstehend, die Jochbeine und Kiefer vorstehend. Die Gemütsart ist freundlich und gutartig, doch ist eine Besserung der Intelligenz nicht zu beobachten gewesen.

Ein erfreuliches Bild von Erfolg der Behandlung des Kretinismus mit Jodothyrin bietet das andere, jetzt 6 jährige Mädchen. Als es vor 2½ Jahr zu uns kam, konnte es, damals schon 4 Jahre alt, weder gehen noch sprechen und saß völlig apathisch mit weit heraushängender Zunge im Bett, so daß es damals als völlig idiotisch bezeichnet wurde. Es war damals 73 cm groß und wog 11 kg. Das Kind hat dann zwei Jahre lang Jodothyrin bekommen und sich auffallend günstig entwickelt. Es läuft vollkommen sicher, spricht sehr gut, hat großes Interesse für seine Umgebung, hat eine Größe von 81 cm und ein Gewicht von 30,5 kg. Es macht



jetzt den Eindruck eines nahezu normalen Kindes und ist ein glänzendes Beispiel für die Wirksamkeit des Jodothyrin beim Kretinismus.

3. Eine Trichosis lumbalis bei einem 22 jährigen geistig sehr tief stehenden Idioten. Über dem 4. und 5. Lendenwirbel findet sich eine handgroße behaarte Stelle, die einen etwa 30 cm langen dicken Haarzopf bildet. Wie das Röntgenbild zeigt, findet sich unter der Haarstelle eine Spina bifida. Der 5. Lendenwirbel ist vollständig gespalten, und nur an den Seiten finden sich noch Wirbelbogenreste; der 4. Lendenwirbel ist am unteren Teil seines Bogens ebenfalls gespalten. Der Haarschopf besteht seit der Geburt des Knaben. *Virchow*, der den ersten Fall dieser Art beschrieben hat, erklärt das Zustandekommen der Rückgratspaltung durch örtlich entzündliche Prozesse, die zur Zeit, wo die Bildung der Wirbelanlage noch nicht vollendet ist, eine Unterbrechung derselben herbeigeführt haben. Derselbe Reiz führt dann in der über der offenen Stelle gelegenen Haut eine Vermehrung der natürlichen Elemente derselben und dadurch den abnormen Haarwuchs herbei.

4. Demonstration des Schädels und Gehirns eines im 3. Lebensjahre verstorbenen Mikrozephalen, dessen Schädel 30 cm Umfang und dessen Gehirn 156 g Gewicht hatte, also weniger wog als das Gehirn eines neugeborenen Kindes, das bekanntlich 385 g wiegt.

*Glüh* - Friedrichsberg: Pseudoalkoholische Geistesstörungen.

Anschließend an die große Zahl der Delirium-tremens-Fälle, die *Hasche-Klünder* im Deliranten-Pavillon unter *Nonne*-Eppendorf sah und bearbeitet hat, kommt Ref. auf die schweren Schädigungen, die der Schnaps unter den norddeutschen Trinkern setzt. Gerade diese Form des Alkohols führt schnellstens zum Ausbruch von psychotischen Erscheinungen; das Vorhandensein der Psychose vor dem Eklat ist jedoch meist nachzuweisen.

Die neueren Arbeiten von *Graeter*-Basel und *Stöcker*-Erlangen suchen diesen Nachweis zu erbringen; die erstere beschränkt sich nur auf die Dementia praecox-Fälle, welche häufig durch Alkoholismus verdeckt werden; umfassender ist die Arbeit *Stöckers*, welche eine große Reihe von Krankengeschichten gibt. Aus ihnen geht hervor, daß es sich bei Trinkern zumeist um Epilepsie im Sinne der psychischen Form, um das manisch-depressive Irresein — vor allem hier um das Krankheitbild der chronischen Manie —, ferner um Dementia praecox, aber auch um andere psychotische Grundlagen handelt, welche vom Alkoholismus verdeckt werden. Es ist Sache der Nervenärzte und Psychiater, in jedem Falle von Alkoholismus nachzuforschen, ob nicht eine Psychose die Grundursache dieser ist. Ref. empfiehlt, besonders den entlassenen Alkoholisten nachzugehen, um nicht nur die Anamnese quoad Psychose zu vervollständigen, sondern um bei beginnender Verschlechterung im Stande der



Psychose durch Internierung der Kranken in die Anstalt diese vor Konflikten mit dem Strafgesetzbuch und die Allgemeinheit vor den durch die Kranken verursachten sozialen Schäden zu schützen. Diese fernere Beobachtung des Geisteskranken, der zum Trinker auf Grund seiner Psychose wird, kann in kleineren Staatengebilden, wie z. B. in Hamburg, leichter geschehen, sie müßte vor allem unauffällig sein. Es würde dann Material geliefert, um die Aussichten der Heilbarkeit der Trinker klar zu stellen, die Fürsorge für diese könnte in besserer Weise als bisher geschehen. Da aber der Alkoholismus sehr häufig Psychosen verdeckt, so ist nur der psychiatrisch vorgebildete Arzt befähigt, richtige Prognosen zu stellen, und es erübrigt, zu bemerken, daß auch nur ein solcher in der Lage ist, Trinkerheilanstalten zu leiten.

*Rautenberg*-Friedrichsberg: Akromegalie und Psychose.

*R.* demonstriert zwei Fälle von Akromegalie mit Psychosen. Er schildert, welch mannigfaltigen Symptomenkomplex von psych. Störungen man bei der Akromegalie erwarten kann:

1. Psychosen wie bei Hirntumoren;
2. Intoxikationspsychosen wie bei Morbus Basedowii, Myxödem etc.
3. Psychosen auf der Basis von Funktionstörungen der Genitalorgane.

Es ist in manchen Fällen schwierig, einen direkten Zusammenhang zwischen Akromegalie und Psychose herzustellen, jedenfalls ist bei einem solchen die Psychose eine Sekundärerscheinung.

Der eine Fall betrifft eine Frau, die einige Jahre vor den ersten offensichtlichen Akromegalie-Erscheinungen bereits an manisch-depressiven Attacken erkrankt war. Ein aetiolog. Zusammenhang ist zweifelhaft.

Vortragender stellt als fragliche Hypothese hin, ob nicht der Tumor doch bereits den Reiz zum Ausbruch der Psychose gegeben haben kann analog den *Pick*schen Fällen, der bei Manisch-Depressiven eine narbige Bildung am Gehirn festgestellt hat.

Der zweite Fall betrifft eine Frau, die mit Beginn des Klimakteriums die Anzeichen einer sich entwickelnden Akromegalie bot, dann an schweren Verwirrtheit-, vor allem Angstzuständen erkrankte.

Die spätere Veröffentlichung beider Fälle ist vorgesehen.

*Weygandt:* Begutachtung bei Mord.

Vortragender weist darauf hin, daß der Mord von dem ihm am nächsten stehenden Delikt, dem Totschlag, von dem er sich jedoch durch die prinzipiell andere Strafart ganz wesentlich unterscheidet, nur durch eine feine, rein psychologische Grenze geschieden ist. Tötung eines Menschen seitens geistig Abnormer kann bei den verschiedensten Psychosen,





aber auch bei psychopathischen Zuständen vorkommen. Vermeiden muß man, in rätselhaften Fällen unter Annahme eines uns keineswegs selbst genügend bekannten psychopathischen Faktors, wie Heimweh oder impulsive Willenstörung, der Entwicklung der Wissenschaft vorauszugreifen und bereits für § 51 einzutreten.

Manche Fälle, vor allem solche mit lebhaften Erregungzuständen, sind leicht zu begutachten; Patient stellt einen derartigen vor. In anderen Fällen ist das psychiatrische Problem bestimmt zu lösen, aber dem Laien schwer klar zu machen, so daß es dann zu Verurteilung trotz psychiatrischer Begutachtung auf § 51 kommen kann, wie im Fall Täßnow mit seinen epileptischen Dämmerzuständen.

Besondere Vorsicht ist am Platz bei Schwachsinnzuständen. Vortragender demonstriert einen Fall, der früher eines Sittenverbrechens angeklagt gewesen war und dann einen Knaben umgebracht haben soll. Der Schwachsinn stand an der Grenze des 12. Jahres, aber es kamen dazu Andeutungen von Größenideen, halluzinatorische Momente, ferner ließ sich die Perversion auch im femininen Habitus nachweisen, weshalb er als unzurechnungfähig aufgefaßt wurde.

Anders in einem Fall, bei dem wohl ein geringes Niveau der Kenntnisse auf debiler Basis zu verzeichnen war, doch auch das äußerst einfache Milieu schon die Bildungstufe entsprechend niedrig hielt; ferner hatte einige Stunden vor der Tat ein wenn auch mäßiger Alkoholgenuß eingewirkt. In diesem Fall sprach sich das Gutachten dahin aus, daß wohl eine Minderwertigkeit bestehe, angesichts deren man dem Betreffenden nicht zutrauen könne, daß er die inkriminierte Handlung, Tötung eines schlafenden Knechts, mit Überlegung ausgeführt habe, aber im übrigen stehe er doch über der Stufe eines strafunmündigen Kindes, es sei daher auch nicht eine Geistesstörung im Sinne des § 51 anzunehmen. Die Verurteilung erfolgt daraufhin nur wegen Totschlags.

Wieder in einem anderen Fall waren wohl einige abnorme Züge zu erwähnen, in der Anamnese fand sich hereditäre Belastung und Lues congenita, aber im wesentlichen war es doch nur ein Degenerierter, bei dem § 51 glatt verneint werden mußte und auch im hypothetischen Fall, daß die verminderte Zurechnungfähigkeit rechtsgültig wäre, wie es der Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch vorschlägt, doch auch diese nicht zutreffen würde.

Es ist bei Fällen von Mord höchste Zurückhaltung zu üben hinsichtlich der Zubilligung des § 51 wie auch etwaiger Minderwertigkeit, denn man kann sich überzeugen, daß sonst schließlich kein Mörder mehr die volle Schärfe des Gesetzes spüren würde, da sie sämtlich keine hochwertigen Menschen sind und geringe Entartungsmerkmale wohl an jedem aufgefunden werden können.



*Hasche-Klünder*-Friedrichsberg demonstriert einen Fall von posttraumatischer Geistesstörung.

Der Kranke, welcher stets Lues negiert hat, erlitt im Januar 1901 einen schweren komplizierten Schädelbruch mit Commotio cerebri. Im Anschluß an das Trauma stellte sich ein mehrere Wochen andauernder deliriumähnlicher Zustand ein. Bei der Entlassung aus dem Krankenhause im April 1901 bestand, von den von der Verletzung herrührenden Reizsymptomen abgesehen, noch eine Verwirrtheit, aus der von dem begutachtenden Arzt offenbar auch auf Schwachsinn geschlossen wurde. Der Zustand besserte sich allmählich (von Schwachsinn war nichts mehr zu konstatieren), so daß Pat. im Verlauf der nächsten 2 Jahre z. T. seine früheren Arbeiten wieder tun und sich sogar am Akkordarbeiten beteiligen konnte. Allerdings hatten sich 6 Monate nach dem Trauma kurz andauernde Absenzen eingestellt; ein Jahr nach dem Unfall wurde eine träge Reaktion der Pupillen konstatiert. 1903 traten ferner zu den Absenzen gelegentlich auch leichte epileptische Anfälle. Die Besserung des Leidens und der Erwerbfähigkeit schritt bis 1904 weiter fort. Ende 1904 und vor allem 1905 stellte sich eine Verschlechterung ein; die epileptischen Anfälle und Verwirrtheitzustände wurden heftiger, bezw. hielten länger an, Erregungzustände gesellten sich hinzu. Im November 1905 war Pat. völlig erwerbunfähig; er machte allerlei Verkehrtheiten, stahl, war dauernd erregt, wurde allmählich völlig verwirrt und bot im Mai 1906 somatisch und psychisch das typische Bild einer foudroyant verlaufenden Paralyse. (Links Pupillenstarre auf L., rechts minimale Reaktion, Lymphozytose im Liquor, Ataxie ,Sprachstörung, Schriftstörung, Sensibilitätstörung, Anomalien der Reflexe, hochgradige psychomotorische Erregung, Verwirrtheit, Demenz; schwere Gedächtnis- und Merkfähigkeitstörungen, Kritiklosigkeit, Unsauberkeit etc.; epilept. Anfälle wurden seit November 1905 nicht mehr beobachtet.) Der Zustand dauerte bis Ende 1906; dann ziemlich schnell Zurücktreten der Symptome, sogar die Pupillenreaktion kehrte wieder, linke Pupille annähernd normal, rechts träge Reaktion; sonst somatisch (abgesehen von etwas schwerfälliger, nicht artikulatorisch gestörter Sprache, etwas flüchtiger, aber nicht ataktischer Schrift) nihil; psychisch bot er hingegen das Bild des posttraumatischen Schwachsinns (Euphorie, Verwirrtheit, Demenz). Im Mai wurde Pat. aus der Anstaltbehandlung entlassen. Im nächsten Jahre traten allmählich wieder epileptische Anfälle auf, außerdem stellten sich Zustände von Verwirrtheit ein; in einem derselben war er 3 Wochen planlos umhergeirrt. Im Mai 1910 apoplektischer Insult mit aphasischen Störungen. Er kommt wiederum ins Eppendorfer Krankenhaus und von dort in die Irrenanstalt. Er bietet jetzt wiederum das typische Bild einer Paralyse und hat Wassermann im Blut und Liquor. Erneute Nachforschungen bei den Geschwistern ergaben, daß Pat. sich 1890 infiziert hat und antisyphilitisch behandelt ist.



Vor 9½ Jahren entstand bei dem Kranken nach dem Trauma ein Delirium, es entwickelte sich dann eine traumatische Epilepsie und im weiteren Verlauf (vielleicht im Jahre 1905, denn bis Januar 1905 waren jedenfalls Störungen der Intelligenz nicht vorhanden) eine Paralyse. Die Besserung im Jahre 1907 könnte man vielleicht als weitgehende Remission auffassen.

Als etwas ganz Ungewöhnliches dürfte jedenfalls eine derart weitgehende Wiederherstellung der Pupillenreaktion hervorzuheben sein. Derartiges hat Vortr. nur einmal bei einem Falle und zwar auch nur bei Lues cerebri nach Schmierkur gesehen. Eigenartig ist ferner, daß die epileptischen Erscheinungen bei dem Auftreten der paralytischen schwanden.

Der Fall ist bis 15. März 1907 (Über atypische Psychosen nach Unfall; Archiv für Psychiatrie, Bd. 44, Heft II, Fall 2) veröffentlicht; er wurde damals als Dementia posttraumatica angesehen. —

Nach Schluß der Sitzung besichtigten eine Anzahl von Teilnehmern die Irrenanstalt Langenhorn.

Für den 10. Juli folgte die Versammlung einer Einladung des Herrn *Lienau* zur Besichtigung der Nervenheilstätte Eichenhain, an der 35 Herren teilnahmen. Herr *Lienau* demonstrierte einen Fall von katatonischem Stupor bei einer 50jährigen Dame, welche seit 7 Jahren künstlich ernährt werden muß. Die anfangs zweifelhafte Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Katatonie erscheint durch die Gesamtheit der Verlaufserscheinungen gesichert. Nachmittags besichtigten 20 Teilnehmer das zur Anstalt gehörige Gut Peinehof bei Pinneberg, wo die für einen kombinierten Anstalts- und Gutsbetrieb getroffenen Einrichtungen von Herrn *Lienau* demonstriert wurden. *Hasche-Klünder.*

---





# Kleinere Mitteilungen.

Das vorige Heft dieser Zeitschrift brachte Glückwünsche zum 50 jährigen Doktorjubiläum *Carl Pelmans* und zum 70. Geburtstag *Heinrich Schüles*. Beide Gefeierte haben in Gesundheit und Frische sich der vielen Zeichen dankbarer Anhänglichkeit freuen können, die ihnen an ihren Ehrentagen dargebracht wurden.

Freund *Pelman* hatte sich anstrengenden persönlichen Huldigungen durch eine Badereise entzogen und verlebte den 10. August seinem Wunsche gemäß still in Homburg a. H. Aber Liebe und Verehrung waren ihm auch dorthin nachgefolgt, das zeigte ihm bei der Heimkehr vom morgendlichen Brunnentrunk der erste Blick auf seinen von Briefen, Telegrammen und Blumen ganz bedeckten Frühstücktisch. Daß auch der Deutsche Verein für Psychiatrie sein Ehrenmitglied herzlich begrüßte, versteht sich von selbst. Und so kamen den ganzen Tag über Wünsche und Beweise dankbaren und freundschaftlichen Gedenkens aus der Ferne.

Nun ein kurzer Bericht über das Fest in Illenau:

Eingeleitet wurde die Feier am Vorabend durch ein Festkonzert und das prächtige Feuerwerk, das Geh.-Rat *Pelman* schon in der letzten Nummer der Allg. Ztschr. f. Psych. in das Festprogramm eingestellt hatte.

Am Festtage selbst brachte die Anstaltmusik dem Jubilar in der Frühe ein Ständchen, und um 9 Uhr fand im Festsaale der Festakt statt. Nach einem einleitenden Liede und der von Med.-Rat *Oster* gehaltenen Festrede wurde dem Jubilar seine von Prof. *Volz* in Karlsruhe modellierte Büste — vorläufig in Gips — übergeben, die später auf einem Platze des Anstaltgebietes aufgestellt werden soll. Kranke, Genesene und Mitarbeiter hatten hierzu so reichliche Mittel aufgebracht, daß noch mehrere Tausend Mark dem Grundstock der *Schüle*stiftung (zum Besten der Erziehung der Kinder armer Kranken zu einem praktischen Beruf) zufließen konnten.

Noch einige kurze Ansprachen; dann erwiderte der Jubilar in bewegten Worten, in denen er einen Rückblick auf sein Leben warf und Allen, besonders seinen früheren und jetzigen Mitarbeitern, seinen Dank aussprach.

Nachmittags überbrachte Med.-Rat *Kreuser*-Winnental im Beisein sämtlicher Anstaltsärzte die Glückwünsche des Deutschen Vereins für

Psychiatrie, für die *Schüle* in herzlichster Weise dankte. Den Schluß des Tages bildete ein Bankett auf dem Festplatz.

Dazu ein herzliches Telegramm des Großherzogpaares, ein überaus anerkennendes und warm gehaltenes Handschreiben der Großherzogin Luise mit einer Plakette des verstorbenen Großherzogs Friedrich I., sowie ein die großen Verdienste *Schüles* hervorhebendes Handschreiben des Ministers des Innern, verschiedene Adressen und Hunderte von telegraphischen Glückwünschen.

Es war eine schöne, erhebende Feier, doppelt schön dadurch, daß der Jubilar die Anstrengungen derselben spielend leicht ertrug und mit einer Elastizität und Lebendigkeit im Kreise der Feiernden sich bewegte, wie man es nicht häufig an der Schwelle des 8. Lebensjahrzehnts sieht.

---

Der 4. österreichische Irrenärztetag findet am 16. und 17. Dezember d. J. in Wien statt. Reg-Rat Dr. *H. Schlöß* wird über den Entwurf des Irrenfürsorgegesetzes berichten. Anmeldungen zu Vorträgen erbeten an Priv.-Doz. Dr. *E. Raimann*-Wien VIII, Kochgasse 29, oder an Priv.-Doz. Dr. *O. Marburg*-Wien IX, Ferstelgasse 6.

---

Die familiäre Irrenpflege in S. Paulo (Brasilien). — Die Entwicklung der öffentlichen Irrenpflege in S. Paulo ist schon von Herrn Dr. *Juliano Moreira* in den Archivos Brasileiros de Psychiatria (anno 1, No. 1) geschildert worden. Hier berichte ich nur über das Ergebnis meiner nunmehr 2 Jahre währenden Versuche, die familiäre Verpflegung der Geisteskranken hier einzuführen.

Wir hatten im Staate S. Paulo schon die Zentral- oder Heil-Anstalt und zwei Kolonien; letztere für chronische, arbeitfähige Kranke. Beide sind in einem Gutsgehöfte errichtet, und zwar ist die Kolonie mit der Zentral-Anstalt verbunden und ihr zugehörig. Es war nur eine Lücke auszufüllen: die familiäre Verpflegung.

Bei ihrer Einführung folgten wir dem schottischen System — Boarding out —, zu dessen Studium ich vor 3 Jahren eine Reise durch Schottland unternommen hatte. Allerdings sah ich sofort, daß die Umstände bei uns ungünstiger als in Schottland lagen; trotzdem glaubte ich, das dortige System nachahmen zu sollen, indem ich es zugleich unseren Sozialzuständen anpaßte. Denn die Bevölkerung ist in Schottland ebenso dicht wie dünn bei uns. Der Kampf ums Dasein ist leichter hier, wo das arme Volk ohne Sonderverdienst sehr gut leben kann [1]). Bei der dichten, armen ländlichen Bevölkerung Schottlands ist

[1]) Diese Verhältnisse hielten uns auch ab, die familiäre Verpflegung nach dem Muster Uchtspringes zu versuchen (S. *K. Alt:* Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland; — Antwerpener Kongreß).



eine Hilfe von 7 Schillings wöchentlich als Entschädigung für die Aufnahme eines Geisteskranken gar nicht zu verachten, wie das hier der Fall ist, in diesem reichen, wunderbaren Lande, wo niemand vor Hunger stirbt und noch weniger vor Kälte. Zudem leisten die Blödsinnigen öfters der kleinen Landwirtschaft unschätzbare Dienste.

Die reichen Landstriche des Staates waren zu unserem Zwecke gar nicht geeignet. In jenen von intensiver Landwirtschaft belebten Gegenden besteht die arme Bevölkerung aus Einwanderern ohne feste Elemente; ihr Schnelleben, ihr Eifer, nur Geld zu sammeln und nach dem Vaterlande zurückzukehren, gestattet ihnen das für unsern Zweck erforderliche ruhige, friedliche Leben nicht. Wir mußten daher eine arme Gegend suchen, wo die Bevölkerung aus beständigen Besitzern, Ackerleuten mit guten Sitten bestand, die in ihren kleinen Gütern zu leben und zu sterben wünschen.

Der Flecken Juquery und sein Bezirk, 18 km von der Zentral-Anstalt entfernt, hatte gerade die erforderlichen Eigenschaften. Dahin wandte ich mich und suchte die wichtigeren Bewohner des Fleckens von den Vorteilen zu überzeugen, welche sie aus dieser Einrichtung ziehen könnten. Einige Zeit darauf, als der natürliche Widerstand nachließ, wurde beschlossen, daß die am wohnlichsten eingerichteten Ackerleute einige Kranke bei sich aufnehmen sollten. Am 14. April 1908 siedelten 15 Patienten über und blieben dort, nachdem ich Essen und Betten besichtigt hatte. Während einiger Zeit setzte ich persönlich die Besuche fort und sah mit Vergnügen, daß die Kranken in diesem Freiheitstrugbild Zufriedenheit und Freude fanden.

Gegenwärtig werden 45 Kranke so verpflegt, und es sind jetzt, nach Verlauf von 2 Jahren, nicht nur die Pfleglinge, sondern auch die Pfleger sehr zufrieden; sogar unter den andren Bauern macht sich schon die Neigung bemerkbar, ebenfalls Pfleglinge aufzunehmen.

Manche unter den ersten Pflegern haben neue, ganz speziell für die Pfleglinge bestimmte kleine Bauten als Nebengebäude ihrer Häuser aufgeführt. Diese Bauten sind natürlich sehr bescheiden, genau wie diejenigen, die ich in verschiedenen Ländern Europas gesehen habe. Aber der familiären Verpflegung werden auch nur solche Kranke überwiesen, welche zuvor das Leben in ähnlicher Weise verbrachten, arme Leute, die zu ihren gewöhnlichen, früheren Lebensverhältnissen zurückkehren.

Für die erste Niederlassung mußte ich aus dem Caput-Mortuum der Zentral-Anstalt die tauglichsten Individuen vorsichtig auslesen, d. h. die ruhigen, gutmütigen und körperlich gesunden Blödsinnigen, welche in der Landwirtschaft gute Dienste leisten konnten. So wurde die Zentral-Anstalt einer Menge ihrer arbeitenden Kranken beraubt; aber dies Opfer war unerläßlich zugunsten des ersten Versuches und aus Furcht vor gänzlichem Scheitern des Unternehmens.



Da die Regierung mir unbeschränkte Vollmacht gegeben hatte, entschloß ich mich, die Familienpflege vorläufig als Zubehör der Heil-Anstalt einzurichten. Hierin sind wir vom schottischen System abgewichen, in welchem die Heil-Anstalt mit den Kranken der Familienpflege nichts zu tun hat, selbst wenn diese ihren Insassen entnommen sind. Bei uns führten Gründe berechtigter Sparsamkeit dazu, die Einsetzung eines besonderen Verwaltungskörpers hinauszuschieben, bis die Ausdehnung der Einrichtung jene Ausgabe rechtfertigt.

Die Buchführung geschieht in der Zentral-Anstalt, wo auch sonst alles, was die Familienpflege anbetrifft, besorgt und beschlossen wird.

Für jeden Pflegling werden monatlich 30 milreis (ca. 30 M) gezahlt und außerdem die Kleider von der Zentral-Anstalt geliefert. Dagegen unterschreibt der Pfleger einen Vertrag, wodurch er sich verpflichtet: 1. den Pfleglingen das Essen aus seiner eigenen Küche zu geben; 2. sie zur Arbeit nicht zu zwingen, wohl aber freiwillige Dienste zu genehmigen; 3. alle Fälle von etwaigen Krankheiten dem Direktor der Anstalt unverzüglich mitzuteilen. — Manchmal erfordern die auftretenden Krankheiten ärztliche Besuche, die vorläufig von dem internen Arzte gemacht werden. Da jene kleine Ortschaft keinen Arzt unterhalten kann, so wird der Dienst sehr mühsam für uns. Außer diesen Besuchen mache ich selbst gelegentlich eine Besichtigung bis jetzt und habe keinen Grund zur Reue über das Unternehmen gefunden; zwei Jahre friedlicher und vielversprechender Existenz sind schon verflossen.

Ich wage noch nicht, kranksinnige Frauen der Familienpflege zu übergeben, da ich unangenehme Folgen für das System fürchte. Zwar sind die schottischen Behörden vor der Statistik, die alle 3 Jahre einen Fall von Schwangerschaft zeigt, nicht zurückgewichen [1]). Ich möchte aber zuerst die Pflegeleute besser kennen, ehe ich mich daran wage.

*D. Franco da Rocha,*
Direktor der Irrenanstalt Juquery, S. Paulo (Brasilien).

---

Auf dem Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tag, der 27.—30. Juni d. J. in Rostock abgehalten wurde, sind im Anschluß an Vorträge von Dir. Dr. *Kluge*-Potsdam und Pastor *Bredereck*-Strausberg über „Die Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge" Beschlüsse angenommen worden, die den Wünschen und Bestrebungen der Psychiater durchaus entgegenkommen.

Dr. *Kluge*-Potsdam hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. In der Zahl der Fürsorgezöglinge befindet sich ein erheblicher Prozentsatz — schätzungweise 45 bis 50% — solcher Zöglinge, die in

[1]) *S. Spence* — The present Position of the Insane Poor under Private care in Scotland — 1902.





ihrer Verstandestätigkeit, ihrem Willensvermögen und ihrem Gefühlsleben infolge krankhafter Vorgänge dermaßen beeinträchtigt und verändert sind, daß sie dem Durchschnitt der gesunden Kinder und Jugendlichen nicht entsprechen. In dieser Zahl sind alle Grade des Schwachsinnes bis zur völligen Idiotie und alle Fomen nervöser und psychischer Reiz- und Ausfallerscheinungen bis zur ausgesprochenen Geisteskrankheit hin vertreten, in der großen Mehrzahl aber handelt es sich um Übergangs- und Grenzfälle geistiger Gesundheit und Krankheit.

Die hierher gehörenden Fürsorgezöglinge stellen zu einem wesentlichen Teile die schwer erziehbaren Elemente dar; insbesondere sind es gerade die Grenzfälle — Psychopathen —, welche der Erziehung die erheblichsten Schwierigkeiten bereiten.

2. Es erscheint geboten, diese mit krankhaften Mängeln und Abweichungen behafteten defekten und abnormen Fürsorgezöglinge möglichst frühzeitig durch eine sachverständige Untersuchung zu ermitteln und sie in allen zweifelhaften Fällen einer gründlichen psychiatrischen Beobachtung zu unterwerfen. Am besten ist diese Untersuchung bereits bei der Überweisung in die Fürsorgeerziehung vorzunehmen. Aber auch später erscheint die Herbeiführung einer solchen Untersuchung oder Beobachtung auf Grund der Ergebnisse regelmäßig wiederkehrender Besuche der einzelnen Anstalten durch einen Sachverständigen, auf Grund der Aktenangaben, der Erziehungsberichte und anderer der Verwaltung zugehender Bekundungen und schließlich auf Grund besonderer, den Geisteszustand zweifelhafter Zöglinge behandelnder Fragebögen notwendig.

3. Bei der Behandlung der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge soll die erzieherische Tätigkeit nach aller Möglichkeit im Vordergrunde stehen. Sie kann aber der ärztlichen, psychiatrischen Mitwirkung nicht entbehren, und diese wird in umso umfassenderer und eingehenderer Weise erforderlich, um je schwerere Defektzustände und um je wechselvollere Anomalien es sich handelt.

4. Die leichteren Schwachsinnsformen — Debilität und auch Imbezillität leichten Grades — werden in den Erziehungsanstalten zu belassen sein, wofern diese für besondere Einrichtungen nach Art der Nebenklassen und Hilfschulen Sorge tragen können. Ebenso können die Zöglinge mit leichteren nervösen und psychopathischen Erscheinungen unter Berücksichtigung ihrer speziellen Eigenart in den gewöhnlichen Erziehungsanstalten bleiben. Beide Gruppen sollen als erziehungfähig gerade an dem Beispiele der gesunden und normalen Zöglinge aufgerichtet und gefördert werden.

5. Diejenigen psychopathischen und dabei zumeist auch mehr oder weniger schwachsinnigen Zöglinge, welche nur unter großen Schwierigkeiten zu beeinflussen sind, die durch ihre Eigenart auf die leichteren Fälle von Minderwertigkeit und auf die gesünderen Elemente immer



wieder ungünstig einwirken, die durch ihre erhöhte Reizbarkeit, Unbeständigkeit und Unberechenbarkeit, ihre dauernde Neigung zu Widerspruch, Unbotmäßigkeit und Komplottiererei, zu unbelehrbarer Rechthaberei, zu mehr oder weniger triebartigem Entweichen, durch ihren immer wiederkehrenden Hang zu Lügereien, Gewalttätigkeiten und Diebereien und schließlich durch geschlechtliche Ausschweifungen und Perversitäten den Frieden und die Ruhe der Anstalt beständig stören, die Gesundheit und das Leben ihrer Insassen gefährden und die Erziehungsarbeit immer aufs neue unheilvoll beeinträchtigen, sind in besonderen Erziehungsanstalten, sog. Zwischen- oder Verwahrungsanstalten, unterzubringen. Diese Zwischenanstalten zwischen Erziehungs- und Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung oder doch ärztlicher Oberleitung zu stehen haben, sind möglichst an Krankenanstalten (Idioten-, Epileptiker- oder Irrenanstalten) anzugliedern; sie dürfen nur immer für ein Geschlecht bestimmt sein und müssen für eine wirksame Trennung der jüngeren von den älteren Zöglingen, zumal bei den männlichen, sorgen.

6. In diesen Sonderanstalten soll zwar noch immer eine strengere erzieherische Zucht und Ordnung herrschen, doch soll jeder härtere Zwang und jede eingreifendere Bestrafung vermieden oder doch nur mit ausdrücklicher ärztlicher Bestimmung angewandt werden. Die eingehende Berücksichtigung der vorliegenden krankhaften Eigenart, intensive Beaufsichtigung, Sorge für zielbewußte und mannigfaltige Beschäftigung, sorgfältiger Wechsel von Arbeit und Erholung, rechtzeitige Ablenkung und Vorbeugung werden strengere Maßnahmen ersetzen und den Zöglingen eine verhältnismäßig weitgehende Bewegungfreiheit zukommen lassen können.

7. Tiefer stehende Schwachsinnige, ausgesprochen hysterische, epileptische und schwer psychopathische, degenerierte und geisteskranke Zöglinge sind in den entsprechenden Krankenanstalten unterzubringen. Auch in diesen wird das erzieherische Prinzip nach Möglichkeit aufrecht zu erhalten sein, wenngleich es sich naturgemäß hier mehr und mehr mit den ärztlichen Behandlungsmaßnahmen deckt oder durch diese ersetzt wird. Auch hier ist, wie in den Erziehungsanstalten, die systematische Ausbildung zu zweckvoller Beschäftigung und Arbeit das vornehmste Mittel zur Herbeiführung von Besserung und Heilung.

8. Sämtliche mit der Behandlung und Erziehung der Fürsorgezöglinge betrauten Anstalten, von der reinen Schul- und Erziehungsanstalt an bis zur Irrenanstalt hin, haben dahin zu streben, die Zöglinge, u. z. gerade auch die defekten und abnormen, für die Erziehung und Weiterbildung in einer geeigneten Familie vorzubereiten, um sie auf diesem natürlich gegebenen Wege der Welt und der eigenen Freiheit wieder zuzuführen. Diese Familienpflege bedarf bei den defekten und abnormen Zöglingen der sachgemäßen Mitarbeit des Arztes.







9. Alle diese als notwendig angeführten Maßnahmen und die ärztliche Mitarbeit werden von um so größerer und schnellerer Wirkung sein, je jünger die Zöglinge sind, welche dieser gemeinschaftlichen Arbeit von Pädagogen und Arzt übergeben werden. Gewiß werden dann noch 75 % und darüber zu brauchbaren Gliedern der Gesellschaft zu erziehen sein.

10. Für die großjährig werdenden defekten und abnormen Zöglinge wird die Fürsorge in ihrem eigenen Interesse und in dem der Gesamtheit mit der Beendigung der Fürsorgeerziehung in vielen Fällen noch nicht abgeschlossen sein können. Hier hat entweder weiter Anstaltpflege in der Krankenanstalt einzutreten, oder es ist die Entmündigung herbeizuführen. Für eine Reihe unselbständiger, haltloser und zu kriminellen Handlungen neigender geistig minderwertiger Elemente wird der halb freiwillige Aufenthalt in besonderen Asylen und Anstalten bis zum 25. Lebensjahre oder die weitere Verwahrung in den Verwahranstalten auch über das 25. Lebensjahr hinaus ins Auge zu fassen sein.

11. Die gemeinschaftliche Arbeit von Pädagogen und Arzt wird sich überall zu beiderseitigem Vorteil und Nutzen in fruchtbringender Weise ermöglichen und durchführen lassen. Wesentlich gefördert wird dieselbe werden durch gemeinschaftliche Konferenzen, Kurse und Besichtigungen. Auf diese Weise wird es auch zu der so nötigen Einheitlichkeit in der Behandlung der schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge kommen.

Pastor *Bredereck*-Straußberg, der die gleiche Frage vom pädagogischen Standpunkt behandelte, kam zu folgenden Schlüssen:

„I. Die Frage nach der Behandlung der schwer erziehbaren älteren Fürsorgezöglinge ist eine besonders wichtige, weil auf diesem Gebiet der Fürsorgeerziehung die meisten Mißstände und Mißerfolge zutage getreten sind.

II. Die schwer erziehbaren Fürsorgezöglinge sind zwar darin gleich, daß sie fast ausnahmlos vorbestraft und mehrfach rückfällig geworden sind, aber dennoch lassen sich unter ihnen drei Gruppen feststellen.

1. Die sexuell Verwahrlosten: Sie bedürfen einerseits religiös-sittlicher Beeinflussung durch Religion, Geschichte, Gesundheitlehre, andererseits besonderer Stärkung ihres erschlafften Körpers und ihrer Willenskraft durch angestrengte Arbeit im Freien.

2. Die kriminell Verwahrlosten: Sie bedürfen im besonderen strengster Zucht und der Übung zum Gehorsam, sowie geistiger Hebung durch bestmögliche Berufsausbildung; die Einzelhaft in den Gefängnissen bildet für sie ein wirksames Abschreckungsmittel.

3. Die geistig Minderwertigen: Sie bedürfen besonderer ärztlicher Beobachtung und Behandlung, doch ist auch bei ihnen verständnisvolle Einwirkung des Erziehers nicht ohne Erfolg.

III. Zu erstreben sind besondere Anstalten für jede der drei Gruppen nach Art der Magdalenenasyle, der Burschenfürsorgeheime und der Sonderabteilung bei Anstalten für Epileptische usw.

IV. Zöglinge, die auch nach Beendigung der Fürsorgeerziehung nicht gebessert sind, sind zu entmündigen und je nach dem Grad ihrer Gemeingefährlichkeit oder Minderwertigkeit in geschlossenen oder halboffenen Verwahranstalten festzuhalten und bei gemeinnützigen Unternehmungen zu beschäftigen.“

Die Versammlung nahm schließlich die folgende Resolution an:

„Die mit krankhaften Mängeln und Abweichungen auf geistigem Gebiet behafteten Fürsorgezöglinge sind möglichst frühzeitig durch eine sachverständige Untersuchung zu ermitteln und in zweifelhaften Fällen einer gründlichen psychiatrischen Beobachtung in geeigneten Beobachtungstationen zu unterwerfen. Am besten ist die Untersuchung bereits vor der Überweisung in die Fürsorgeerziehung vorzunehmen. Aber auch später erscheint die Herbeiführung einer solchen Untersuchung notwendig.

Bei der Behandlung der bezeichneten Zöglinge soll die erzieherische Tätigkeit nach aller Möglichkeit im Vordergrunde stehen. Sie kann aber der ärztlichen, psychiatrischen Mitwirkung nicht entbehren; diese wird in umso umfassenderer und eingehenderer Weise erforderlich, um je schwerere Defektzustände es sich handelt.

Die leichteren Schwachsinnsformen — Debilität und auch Imbezillität leichten Grades — können in den Erziehungsanstalten belassen bleiben, wofern diese für besondere Einrichtungen nach Art der Nebenklassen und Hilfschulen Sorge tragen. Ebenso können Zöglinge mit leichteren nervösen und psychopathischen Erscheinungen unter Berücksichtigung ihrer speziellen Eigenart in den gewöhnlichen Erziehungsanstalten bleiben. Beide Gruppen sollen als erziehungfähig gerade an dem Beispiele der gesunden und normalen Zöglinge aufgerichtet und gefördert werden.

Diejenigen psychopathischen und dabei zumeist auch mehr oder weniger schwachsinnigen Zöglinge, welche nur unter großen Schwierigkeiten zu beeinflussen sind, die durch ihre Eigenart auf die leichteren Fälle von Minderwertigkeit und auf die gesünderen Elemente immer wieder ungünstig einwirken, sind in besonderen Erziehungsanstalten, sog. Zwischen- oder Verwahrungsanstalten unterzubringen.

Tiefer stehende Schwachsinnige, ausgesprochen hysterische, epileptische und schwer psychopathische, degenerierte und geisteskranke Zöglinge sind in den entsprechenden Krankenanstalten unterzubringen.“

---



Nekrolog Dr. *Richard Fischer*. Am 23. Juli verschied nach kurzer, schwerer Krankheit Dr. *Richard Fischer*, Besitzer und Leiter des Kurhauses für Nerven- und Gemütskranke zu Neckargemünd, im 53. Lebensjahr. Er wurde geboren zu Illenau, wo sein Vater, später Direktor der Irrenanstalt in Pforzheim, Oberarzt war. Sein älterer Bruder leitet zurzeit die Irrenanstalt in Pforzheim. Nach erlangter Approbation 1882 war der Verstorbene ein Jahr lang Assistent der psychiatrischen Klinik in Leipzig, dann praktischer Arzt in Pforzheim. 1898 eröffnete er die von ihm gegründete Anstalt, die Raum für 50 Kranke bietet. Sein Name wird für immer mit der Frage der künstlichen Ernährung Geisteskranker verbunden bleiben durch den von ihm erfundenen Apparat zur Sonderernährung (s. Psych.-neurolog. Wochenschrift XI. Jahrg., Nr. 5 u. 37). Der Apparat sollte in keiner Irrenanstalt fehlen. Man kann mit ihm den Kranken das ganze Mittag- und Abendessen beibringen und so wesentlich größere Erfolge erzielen, wie bisher mit den üblichen Eingießungen. *Fischer* war ein vornehmer Mann, ein selbständiger Charakter. Der Doktrin stand er kritisch gegenüber; er verließ sich auf eigene Erfahrung und Überzeugung. Ehemals ein sehr gesuchter Praktiker, war er auch gewandt in psychiatrischer Praxis. Die hervorstechendste Seite seines Geistes war sein Gemüt. Ein wohlwollender Mensch, ein freundlicher Arzt, ein liebenswürdiger Kollege ist mit ihm dahingegangen.

*H. Schaefer*.

---

Nekrolog *Hermann Gock*. — Am 31. August ist nach mehrwöchigem Krankenlager der Direktor der Landesanstalt Landsberg a. W., Geh. San.-Rat Dr. *Hermann Gock*, einem Sarkom erlegen, das, von der Haut ausgehend, Metastasen namentlich in der Leber gesetzt hatte. Als *Gock* im Juni die letzte Sitzung des Berliner psychiatr. Vereins leitete und nachher mit seinen zwei Söhnen anscheinend in gewohnter Frische unter uns saß, konnten wir nicht ahnen, daß der bis vor Kurzem stets gesunde und kräftige Mann bereits den Keim tödlicher Krankheit in sich trug. Er hat dann noch in seiner Anstalt wie sonst gearbeitet, bis zunehmende Mattigkeit ihn erst an das Haus, dann an das Bett fesselte und seine Tätigkeit mehr und mehr einschränkte. Über Schmerzen klagte er nicht, aber über ein peinigendes Schwächegefühl. In Voraussicht seines baldigen Todes ordnete er mit von Tag zu Tag nachlassender Kraft, aber gefaßt und ruhig wie immer seine Papiere und traf Bestimmungen, wie alles gehalten werden sollte. Noch am 16. August schrieb er mir mit fester, nur etwas ungleichmäßiger Schrift in Sachen des Berliner psychiatr. Vereins und fügte hinzu, es gehe ihm seit einigen Wochen nicht sonderlich, er leide an einer Darmstörung, die ihn recht heruntergebracht habe, und könne sich an den Vorbereitungen zum internat. Kongresse nicht weiter beteiligen. 14 Tage später kam die Kunde von seinem Ableben, und heute



liegen vor mir, von ihm noch auf dem Krankenbett genau durchgesehen und für die Übergabe geordnet, die Akten des Berliner Vereins, ein rührender Beweis seiner Pflichttreue auch im Kleinen.

Am 18. August 1848 in Karlsruhe geboren, wurde *Gock*, der sich ursprünglich auf Wunsch seines Vaters dem Ingenieurfach widmen wollte, für die Medizin durch die Eindrücke gewonnen, die er im Kriege 1866 als freiwilliger Krankenpfleger empfing. Er machte noch 1866 sein Maturitätsexamen und studierte zunächst in Heidelberg, freilich mit längeren Unterbrechungen, da er wiederholt seinen kranken Vater in dessen Geschäft vertreten mußte. 1870 trat er als Freiwilliger in ein badisches Regiment, ward aber bald aus Mangel an geeigneten Hilfskräften zur Dienstleistung im Lazarett kommandiert und kam bald als Unterarzt an das Offizierlazarett der Großherzogin von Baden. Nach dem Tode seiner Eltern ging er im Herbst 1871 nach Leipzig, später nach Würzburg und promovierte hier 1873. Seine in den Verhandlungen des phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg erschienene Dissertation behandelt die Erfahrungen, die er als Assistent des Juliusspitals über die im Sommer 1873 in Würzburg herrschende Cholera gemacht hatte. Später Assistent von *Rinecker* — aus dieser Zeit stammt sein Beitrag zur Kenntnis der konträren Sexualempfindung im Arch. f. Psych., Bd. 5 — und vertretungweise 7 Monate in Werneck tätig, gewann *Gock* Vorliebe für die Psychiatrie, mußte sich aber, nachdem er Anfang 1876 sein Staatsexamen bestanden — vorher war ihm dies infolge besonderer, namentlich Vermögensverhältnisse nicht möglich gewesen —, zunächst der Privatpraxis zuwenden, da keine Assistentenstelle an einer psychiatrischen Anstalt frei war. Aber obwohl er mit seiner Praxis in Tauberbischofsheim bald zufrieden sein konnte, gab er sie doch ohne Zögern auf, als er Ende 1876 Gelegenheit fand, in Grafenberg als Assistenzarzt einzutreten. Von dort kam er 1877 nach Eberswalde und 1888 als Direktor der neuerbauten Anstalt nach Landsberg a. W. Der Ausgestaltung und allmählichen Erweiterung dieser Anstalt widmete von nun an *Gock* seine Kräfte und konnte, dank der verständnisvollen Mitwirkung der Provinzialverwaltung, die seine Tätigkeit hochschätzte, nahezu alle Wünsche und Pläne verwirklichen. Dazu genoß er das Glück, in seiner trefflichen Gattin, einer Tochter unsres unvergeßlichen *August Zinn*, eine treue Mitarbeiterin zu haben und an seinen heranwachsenden Kindern Freude zu erleben.

Auch als gerichtlicher Sachverständiger und als Mitglied der staatlichen Besuchkommission für Revision der Privatanstalten entfaltete *Gock* eine ausgedehnte Tätigkeit. Welches Ansehen er, der sich nie hervordrängte, auch im weiteren Kreis der Kollegen genoß, zeigte seine Wahl zum Vorsitzenden des Ärztevereins der Neumark und zum Vorstandmitglied der Ärztekammer. Sein lauterer Charakter, sein stets sachliches und besonnenes Urteil, seine Pflichttreue und Bereitschaft, auch lästige und zeitraubende Arbeit im gemeinsamen Interesse zu leisten, die ruhige,



konziliante Art, in der er seine Ansicht zu vertreten pflegte, und nicht zuletzt der heitere, nie verletzende Humor, den er bei Gelegenheit entwickelte, gewannen ihm die Herzen und erklären die hohe Achtung und ungewöhnliche Beliebtheit, deren er sich überall erfreute. Im psychiatrischen Verein zu Berlin versah er seit langem das Amt des Schriftführers, und wir alle werden dem ebenso bescheidenen wie vorsorgenden Kollegen, der stets auf dem Platze war und Allen mit gleicher Freundlichkeit entgegenkam, ein besonders warmes Andenken bewahren. *H. L.*

---

## Personalnachrichten.

Dr. *Georg Lomer*, bisher Oberarzt in Blankenhain, ist Oberarzt in (Alt-) Strelitz geworden.

Dr. *W. Benning*, bisher in Pützchen, hat die Anstalt Rockwinkel bei Bremen (1764 von Dr. *Engelken* gegründet und seither von dessen Sohne, Enkel und Urenkel weiter geführt) gekauft und die Leitung am 1. September übernommen.

Dr. *Berth. Pfeifer*, Priv.-Doz. und Oberarzt in Halle, hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Wilh. Dubbers*, Dir. der Prov.-Anstalt Allenberg,

Dr. *Sigism. Marcus* in Eckerberg und

Dr. *Theod. Feldmann* in M.-Gladbach sind zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *Ad. Stoltenhoff*, San.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Kortau, ist der Rote Adlerorden 4. Kl.,

Dr. *Rich. Krömer*, Geh. Med.-Rat, Dir. der Prov.-Anstalt Conradstein, der Kronenorden 3. Kl. und

Dr. *Karl Serger*, San.-Rat, Direktor der Landesanstalt Strelitz, das Ritterkreuz des Greifenordens verliehen worden.

Dr. *Richard Fischer*, Direktor des Kurhauses für Nerven- und Gemütskranke zu Neckargemünd, ist am 23. Juli nach kurzer schwerer Krankheit gestorben. Die Leitung des Kurhauses hat der bisherige 2. Arzt, Dr. *H. Schaefer*, übernommen. — Ferner sind gestorben

Dr. *Fr. v. Buchka*, Oberarzt in Alt-Scherbitz, am 2. August im 40. Lebensjahre,

Dr. *Heinr. K. Kratz*, Oberarzt in Heppenheim, 46 Jahre alt, am 5. August und

Dr. *Herm. Gock*, Geh. San.-Rat, Dir. d. Prov.-Anstalt Landsberg a. W., am 31. August im 63. Lebensjahre.

---



# Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen.

Von

**Kurt Wilmanns** aus Bonn.

Bereits seit dem Jahre 1854, mit der Veröffentlichung der Abhandlung *Delbrücks* „Über die unter Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachteten Geisteskrankheiten" in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, sind Arbeiten über die geistigen Erkrankungen in den Strafanstalten erschienen. In dieser umfangreichen Literatur sind drei Auffassungen über die Art der Erkrankungen vertreten: Die eine, die die Möglichkeit, daß infolge der Haft Psychosen auftreten können, vollständig bestreitet und höchstens zugibt, daß das Krankheitbild durch das Milieu der Haft beeinflußt wird. Dieser Richtung steht eine andre gegenüber, die den kausalen Zusammenhang von Haft und Psychose hervorhebt, also von einer Haftpsychose spricht. Den Übergang zwischen diesen beiden Auffassungen bildet vermittelnd die dritte, die jetzt am meisten vertreten ist, nämlich, daß sich wohl eine akute Psychose, durch die Haft veranlaßt, nachweisen läßt, daß diese Psychose sich aber nur auf dem Boden einer psychopathischen Persönlichkeit entwickelt.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend habe ich nun das Material der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn geprüft; und zwar besteht dies Material aus den Aufnahmen seit Oktober 1904 bis Oktober 1909. Dieser Zeitraum von annähernd fünf Jahren ist gewählt, um ein möglichst einheitlich beurteiltes Material zu erhalten; es handelt sich um die Zeit, seit der Herr Professor Dr. *A. Westphal* Direktor der hiesigen Anstalt ist.

Die Aufnahmen setzen sich zusammen aus den Einlieferungen der Bonner und Kölner Untersuchungs- und Gerichtsgefängnisse, des Gefängnisses Siegburg-Brückberg, des Festungsgefängnisses Köln, des Zuchthauses Siegburg-Michaelsberg und schließlich der Provinzial-Arbeits-





anstalt Brauweiler. Außer diesen Anstalten kommen noch einige wenige andre in Betracht, die aus Verwaltungs- usw. Rücksichten den einen oder andern Gefangenen in die Bonner Anstalt überführten.

Es handelt sich nun im ganzen um 232 Aufnahmen, die nach folgendem Schema klassifiziert sind.

| Gruppe | | Polizeihaft | Untersuchungshaft | Strafhaft (Gefängnis) | Armee | Festungsgefängn. | Marine | Arbeits-Anstalt | Zuchthaus | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | Bereits in geisteskrankem Zustand verhaftet . . . | 1 | 3 | 3 (4) | 5 | 6 | 1 | 1 | | 14 (4) |
| II. | Der Anstalt nach § 81 Str.-P.-O. zur Beobachtung überwiesen . . . | | 43 (1) | 24 | 4 | 9 | 5 | 2 | | 78 (1) |
| III. | Geisteskrankheiten, die während der Haft in Erscheinung treten, ohne ein von der Norm abweichendes Bild . . . | | 4 | 9 | 2 (1) | 2 (1) | – | 2 | 1 (1) | 18 (2) |
| IV. | Geisteskrankheiten, deren Bild von der Haft beeinflußt wurde . . . . | 2 | 6 | 4 | 11 | 24 | 13 | 3 (1) | (2) | 39 (3) |
| V. | Haftpsychosen auf degenerativer Basis . . . . | | | 6 | 7 | 22 | 15 | | 2 | 30 |
| VI. | Bisher Geistesgesunde, die Haftpsychosen erlitten . | | 2 (1) | 7 (1) | 9 | 22 | 13 | 2 | 8 | 41 (2) |
| | Summe | 3 | 58 (2) | 53 (5) | 38 (1) | 85 (1) | 47 | 10 (1) | 11 (3) | 220 (12) |

Die Tabelle bedarf einiger erläuternden Bemerkungen: Die kleinen eingeklammerten Zahlen bedeuten solche Fälle, bei denen keine ausreichende Anamnese zu erhalten war, oder deren Beobachtung aus irgend einem Grunde nicht zum Abschluß gelangte; sie sind also bei der Untersuchung nicht zu verwenden. Auf diese Weise scheiden von den 232 Fällen 12 aus, so daß das brauchbare Material aus 220 Untersuchungen besteht.

Die Trennung der Aufnahmen aus dem Festungsgefängnis in Angehörige der Land- und Seemacht soll nur zeigen, daß bei letzterer mehr belastete Individuen sich befinden, was allerdings nicht als Folge des Marinedienstes oder gar als Folge einer Trennung im Festungsgefängnis in Militär- und Marine-Gefangene anzusehen ist; Abenteurerlust usw. zieht eben den Psychopathen besonders zum Marinedienst hin. Diese Ver-

hältnisse zeigen sich besonders bei Vergleich der Gruppe V, den Haftpsychosen auf degenerativer Basis, wo 7 Angehörige der Landmacht 15 Marinegefangenen gegenüberstehen, also im Verhältnis 1 : 2, gegen Abteilung VI, der Gruppe der bisher Geistesgesunden, wo das Verhältnis fast gleich, nämlich 3 : 4 ist.

Von diesen 6 Gruppen sollen vor allen Dingen die Gruppen IV, V und VI berücksichtigt werden, während die Gruppen I, II und III nur der Vollständigkeit halber behandelt werden sollen.

### Gruppe I.

Bei dem Fall, der aus der Polizeihaft eingeliefert wurde, handelte es sich um einen Paralytiker, der, wegen Bettelns verhaftet, im Arrestlokale durch sein merkwürdiges Benehmen sofort den Eindruck eines Geisteskranken machte. Von den drei Fällen der Untersuchungshaft handelt es sich einmal um chronischen Alkoholismus, Erregungzustand sofort nach der Verhaftung; während die beiden andern degenerierte Sittlichkeitsverbrecher waren, die schon mehrfach als gemeingefährlich in Anstalten interniert waren.

Die drei Fälle der Strafhaft setzen sich zusammen aus je einem Fall von Dementia praecox, Degeneration und Hysterie mit Erregungzuständen, wie sie die betreffenden Individuen bereits in der Freiheit durchgemacht hatten. Das Gleiche ist der Fall bei vier epileptischen und zwei Dementia- praecox-Erkrankungen der Militärhaft und einer Dementia-praecox-Erkrankung der Arbeitsanstalt.

Es handelt sich also bei allen 14 Erkrankungen der Gruppe I nur um den Zufall, daß die Erscheinungen, die zur Überführung in die Heil- und Pflegeanstalt Anlaß gaben, gerade während der Haft bemerkt wurden, bzw. daß sie wegen dieser Erscheinungen in Haft kamen.

### Gruppe II.

Die Gruppe II führt die Fälle auf, die gemäß § 81 der „Strafprozeßordnung für das Deutsche Reich" zur Beobachtung ihres Geisteszustandes der hiesigen Anstalt überwiesen wurden. Die nähere Klassifizierung ergibt sich aus umstehender Tabelle (S. 850 oben).

Es ist überflüssig, die Aufstellung näher zu erläutern; es sind eben alles solche Fälle, bei denen das Benehmen bei oder nach Begehen der Tat Zweifel an der Zurechnungfähigkeit entstehen ließ, im übrigen bieten sie nichts Besonderes.

### Gruppe III.

Die Gruppe III verzeichnet die Fälle, bei denen die ersten Anzeichen der Geisteskrankheit während der Haft in Erscheinung traten. Der Beginn und Verlauf ist aber typisch für jede einzelne Krankheit, es tritt nicht einmal eine Färbung der Psychose durch das Milieu ein, es ist eben Zufall, daß der Krankheitbeginn in die Zeit der Haft fällt, bzw.





| Gruppe II | Unter-suchungshaft | Strafhaft (Gefängnis) | Festungs-Gefängnis | Arbeits-Anstalt | Zuchthaus | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nicht geisteskrank . . . . . . . | 10 | | 1 | | | 11 |
| Alkoholismus chronicus . . . . . | 2 | 2 | | | | 4 |
| Degeneration . . . . . . . . . . | 8 | 4 | 1 | | | 13 |
| Neurasthenie . . . . . . . . . . | | 1 | | | | 1 |
| Hysterie . . . . . . . . . . . . | 1 | | | | | 1 |
| Manisch-depressives Irresein . . | | 2 | | | | 2 |
| Paranoia chronica . . . . . . . . | 2 | 3 | | | | 5 |
| Imbezillität . . . . . . . . . . | 3 | 1 | 3 | 1 | | 8 |
| Dementia praecox . . . . . . . . | 6 | 4 | 2 | | | 12 |
| Dementia senilis . . . . . . . . | 1 | | | | | 1 |
| Epilepsie . . . . . . . . . . . . | 10 | 6 | 2 | 1 | | 19 |
| Lues cerebri . . . . . . . . . . | | 1 | | | | 1 |
| Summe | 43 | 24 | 9 | 2 | 0 | 78 |

daß der latente Zustand der Psychose in einen bemerkbaren übergeht, während sich das Individuum in Haft befindet. Inwieweit bei dieser Umwandlung die Haft von Einfluß ist, entzieht sich der Beobachtung. Es handelt sich bei dieser Gruppe um 18 Fälle, die 8 verschiedenen Krankheitgruppen angehören, und sich, wie folgt, verteilen;

| Gruppe III | Polizeihaft | Unter-suchungshaft | Strafhaft (Gefängnis) | Festungs-Gefängnis | Arbeits-Anstalt | Zuchthaus | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Imbezillität . . . . . . . . | | 2 | 1 (2) | | | | 3 (2) |
| Dementia praecox . . . . | | | 2 (2) | 1 | 1 | | 4 (2) |
| Dementia senilis . . . . | | | | | | 1 | 1 (4) |
| Paranoia chronica . . . | | | 1 | (2) | (2) | (2) | 1 (4) |
| Degeneration . . . . . . . | | | 3 (2) | (1) | (1) | | 3 (3) |
| Manisch-depressiv. Irresein | | | 1 | | | | 1 |
| Epilepsie . . . . . . . . . | | 2 (1) | | 1 | 1 | | 4 (1) |
| Paralyse . . . . . . . . | | | 1 | | | | 1 |
| Summe | | 4 (1) | 9 (6) | 2 (3) | 2 (3) | 1 (2) | 18 (12) |

Die kleinen eingeklammerten Zahlen bedeuten unsichere Fälle (vgl. S. 848); im übrigen erklärt sich die Tabelle von selbst.

Mit diesen drei Gruppen sind die Abteilungen erledigt, bei denen es sich um geistige Erkrankungen handelt, die ihren Ursprung in der Freiheit haben, die also in gar keinem kausalen Zusammenhang mit der Haft stehen.

Anders ist es mit den Gruppen IV, V und VI, bei denen ein kausaler Zusammenhang zwischen der Krankheit bzw. dem Krankheitbild und der Haft nachzuweisen ist.

## Gruppe IV.

Betrachtet man zuerst die Gruppe IV, so handelt es sich hier um Psychosen, bei denen infolge der Haft entweder das Krankheitbild nach dem Milieu sich verändert, sich färbt, oder wo zu dem bestehenden Symptomkomplex, der der betreffenden Krankheit eigentümlich und charakteristisch ist, ein zweiter neuer Symptomkomplex tritt, der in der Freiheit in Verbindung mit der Grundpsychose so gut wie gar nicht beobachtet wird.

Es handelt sich hier im ganzen um 39 Fälle, die aus dem Untersuchungs-, Straf- und Festungsgefängnis sowie der Arbeitsanstalt kommen, und die sich wie folgt verteilen. Auch bei dieser Tabelle ist aus denselben Gründen wie auf S. 848 angegeben, in Marine- und Militärgefangene unterschieden, auch hier findet sich das Verhältnis von fast 1:2.

| | Gruppe IV | Untersuch.-Gefängnis | Strafhaft (Gefängnis) | Festungs-Gefängnis Armee | Festungs-Gefängnis | Festungs-Gefängnis Marine | Arbeits-Anstalt | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a | Imbezillität . . . . . . | 2 | 1 | 4 | 4 | | 1 | 8 |
| b | Dementia praecox . . . | 3 | 2 | 2 | 7 | 5 | 2 | 14 |
| c | Alkoholismus chron. . . . | | 1 | | | | | 1 |
| d | Epileptische Seelenstörungen . . . . . . . | | 3 | 5 | 13 | 8 | | 16 |
| | Summe | 5 | 7 | 11 | 24 | 13 | 3 | 39 |

a) Von den 8 Fällen der Abteilung a, Imbezillität, bekommen 4 Gefangene nach einiger Dauer der Haft einen Erregungzustand mit nachfolgendem Stupor. Von diesen 4 Fällen war ein Fall isoliert gewesen, während 3 Gefangene in Kollektivhaft gewesen waren.



Die übrigen vier Fälle der Abteilung a zeigen paranoide Veränderungen und zwar treten zweimal Größenvorstellungen und zweimal Verfolgungsideen, die sich auf die Gefängnisbeamten beziehen, auf. Von diesen vier Gefangenen waren drei isoliert, und einer in Kollektivhaft gewesen.

Bei allen acht Fällen verschwindet nach einiger Zeit der neu hinzugetretene atypische Symptomkomplex.

b) Genau so wie bei Abteilung a können auch bei b, der Dementia-praecox-Gruppe, zwei Unterabteilungen unterschieden werden, und zwar 8 Fälle, die mit einem Erregungzustand beginnen und dann in einen mehr oder weniger lange andauernden Stupor übergehen, und ferner 6 paranoide Fälle, drei mit Verfolgungsideen und drei mit Größenvorstellungen. Von den acht stuporösen Fällen waren fünf in Kollektiv- und drei in Isolierhaft entstanden. Bei den paranoiden Fällen finden wir fünf, die isoliert waren, und nur einen aus Kollektivhaft. Auch hier verschwinden die hinzugetretenen Symptome nach einiger Anstaltbehandlung.

c) Der eine Fall von chronischem Alkoholismus bricht nach sechs Wochen der Haft (Isolierhaft) mit paranoiden Erscheinungen aus. Das Bild ist das gleiche wie bei der Paranoia alcoholica der Freiheit, nur daß hier das Milieu die Färbung gibt: Der Häftling glaubt sich von sämtlichen Gefängnisbeamten verfolgt, die ihn vergiften wollen. Auch hier verschwinden die Erscheinungen nach kurzer Anstaltbehandlung.

d) Die größte Zahl der einzelnen Erkrankungen der Gruppe IV weist die Abteilung der epileptischen Seelenstörungen (d) auf, nämlich 17. Auch hier ist, wie bei Abteilung a und b, in zwei Unterabteilungen, in eine stuporöse Form mit elf Fällen und eine paranoide Form mit sechs Fällen zu scheiden.

Bei der stuporösen Form treten nach verschieden langer Dauer der Haft Erregungzustände auf, denen dann auch wie bei Abteilung a und b ein Stupor folgt, der 2—17 Tage dauert; späterhin bietet der Patient nichts mehr, nur die Anamnese und spätere Beobachtung erklärt die Erscheinung als epileptoid. Von diesen Patienten waren zwei isoliert gewesen und neun in Kollektivhaft.

Die zweite paranoide Form (sechs Fälle) zeigt dreimal Verfolgungsideen und dreimal Größenideen mit vollständiger Desorientierung. Nach kurzer Anstaltbehandlung blassen diese Erscheinungen ab. Alle sechs Fälle waren isoliert gewesen.

Faßt man das Ergebnis dieser vier Aufstellungen (IV a, b, c, d) zusammen, so sieht man, abgesehen von der alkoholischen Form, die nur einmal vertreten ist[1]), in jeder Abteilung zwei verschiedene Symptomkomplexe — den stuporösen und den paranoiden —, der

[1]) und die lediglich eine Färbung infolge des Milieus der Haft zeigt.

zu der Grundkrankheit hinzugetreten ist. Und zwar treffen wir den stuporösen Komplex meist in der Kollektivhaft und zwar im Verhältnis 17: 6, also nur $^1/_3$ entsteht in der Isolierhaft. Das umgekehrte Verhältnis finden wir bei der paranoiden Form, hier herrscht die Isolierhaft im Verhältnis 8: 1 vor.

Ferner zeigt die paranoide Form in $^2/_3$ der Fälle eine Färbung, die dem Milieu der Haft entnommen ist, und klingt nach Aufheben der Haft vollständig ab. Ebenso verschwinden die stuporösen Symptome nach kürzerer Zeit vollständig. Von einer Heilung kann man aber nur bedingt sprechen, die Grundpsychose bleibt natürlich bestehen, nur die hinzugetretene Psychose bzw. der hinzugetretene Symptomkomplex kommt nach einiger Zeit zur Heilung. Von diesem Gesichtspunkt aus muß man die Erkrankung in der Haft als prognostisch günstig bezeichnen, und zwar erfordert die stuporöse Form kürzere Zeit zur Heilung als die paranoide; im übrigen sind die erhaltenen Zahlen so divergierend (2 bis 26 Monate), daß sie statistisch nicht verwertbar waren. Auf keinen Fall ließ sich aber irgend eine Norm aufstellen von Haftdauer, Krankheitgruppe, Verbrecherkategorie, Haftart usw. im Verhältnis zur Heildauer.

## Gruppe V.

Die V. Gruppe umfaßt die Psychosen, die auf degenerativer Grundlage in der Haft entstehen. Das hiesige Material weist 40 derartige Fälle auf. Auch hier kann zwischen einer stuporösen und einer paranoiden Form unterschieden werden, und zwar verteilen sich die Formen nach folgender Anordnung.

| | Gruppe V | Untersuchungshaft | Strafhaft (Gefängnis) | Militär | Festungsgefängn. | Marine | Arbeits-Anstalt | Zuchthaus | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a | stuporöse Form | | 3 | 4 | 12 | 8 | | 1 | 16 |
| b | paranoide Form | | 3 | 2 | 10 | 8 | | 1 | 14 |
| | Summe | | 6 | 6 | 22 | 16 | | 2 | 30 |

a) Von den 17 stuporösen Fällen begannen 14 akut mit Erregungzustand, drei schleichend. Das Bild der akuten Psychose ist das gleiche wie bei dem stuporösen Symptomkomplex der Gruppe



IV, möge hier aber genauer und eingehender geschildert werden, da es bei Gruppe V erklärlicherweise in reinerer Form sich wiedergibt als bei IV.

Der Gefangene zertrümmert plötzlich alles ihm Erreichbare, wird aggressiv und schließlich zu seiner und andrer Sicherheit abgesondert. Nach kurzer Zeit befindet er sich in einem völlig reaktionlosem Zustand, dagegen ist er reinlich, ißt allein und verrichtet auch seine Bedürfnisse ohne fremde Hilfe. Stuhl- und Urinentleerung ist auch wie gewöhnlich. Der Patient liegt mit offnen, ausdrucklosen Augen auf seinem Bett und spricht gar nicht. Von körperlichen Symptomen besteht meist eine Sensibilitätstörung, die zwischen einer Hypästhesie und Analgesie — totaler oder partieller Ausdehnung — schwankt. Der Puls ist in den meisten Fällen gesteigert (bis 120); in der Regel besteht das *Romberg*sche Phänomen, gesteigerte Reflexe und fibrilläre Zuckungen der Zunge; auch wird Tremor der Hände beobachtet. Nach einiger Zeit, wechselnd von einem Tage bis zu zehn Monaten, wird der Patient allmählich freier, er reagiert auf körperliche Berührungen, antwortet dann, wenn auch noch gehemmt, auf Fragen, bis schließlich das Bewußtsein wieder vollständig hergestellt ist. Meist besteht örtliche und zeitliche Desorientierung, die durch eine Amnesie bedingt ist, die scharf einsetzt mit dem Moment des Erregungzustandes und allmählich aufhört. In manchen vereinzelten Fällen kommt der Patient aus seinem Stupor während des Transportes heraus, um dann in der Anstalt in seine Lethargie zurückzuversinken. Mit zunehmender Aufhellung des Bewußtseins nehmen auch die körperlichen Erscheinungen an Intensität ab. Als letzte Residuen beobachtet man meist als subjektive Beschwerden Kopfschmerzen und als objektiven Befund eine in der Mehrzahl der Fälle auftretende konzentrische Einengung des Gesichtfeldes.

Von den stuporös Erkrankten waren elf in Kollektivhaft, sechs waren isoliert. Bei fünf Kranken setzte die Psychose auf ein von außen wirkendes Moment ein: Verhör, körperliche Krankheit und damit verbundene Bettruhe, Versetzung in Einzelhaft und Arreststrafe. Bei den übrigen 12 Kranken war ein auslösendes Moment nicht zu finden; die Erkrankungen verteilen sich gleichmäßig auf alle Wochentage, sie fallen aber alle in die Zeit von November bis März. Zum Vergleich der Haftart, dem Alter, Geschlecht ist folgende Tabelle angeschlossen:

## Übersicht der stuporös Erkrankten in Gruppe V.

| Verbrecher-Arten | Geschlecht | Alter | Vorbestraft oder nicht | Art der Internierung (Untersuchungsgef. etc.) | Ob isoliert oder in Kollektivhaft | Beginn der Psychose, akut oder schleichend | Haftdauer bis zur Erkrankung | Erkrankt in Haft behalten | Vor der Überführung behandelt | Nach Überführung geheilt | Gesamtheildauer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rückfallverbr. | m. | 31 | | Untersuchung | isoliert | | ½ Monat | 1 Monat | | sofort | 1 Monat |
| Gelegenheitsv. | m. | 23 | | Festung Milit. | „ | | 1½ „ | 2 Tage | 14 Tage | 4 Tage | ¾ „ |
| Affektverbr. | m. | 24 | | Marinegef. | „ | | ½ „ | 1 Tag | 14 Tage | 4 „ | ¾ „ |
| „ | m. | 25 | | „ | „ | | 1½ „ | 1 „ | 1 Monat | 14 „ | 1½ „ |
| Gelegenheitsv. | m. | 25 | | „ | Kollektivhaft | | 1 Tag | 1 „ | ½ „ | 14 „ | 1 „ |
| „ | m. | 24 | | Militärgef. | isoliert | akut | 5 Monat | 1 „ | 1 „ | 1 Monat | 2 „ |
| „ | m. | 24 | nicht | „ | Kollektivhaft | | ½ „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 2 „ |
| „ | m. | 22 | nicht | Marinegef. | „ | | ½ „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 2 „ |
| „ | m. | 19 | nicht | „ | „ | | 4 „ | 1 „ | 1 Tag | 1 „ | 1 „ |
| „ | m. | 30 | | „ | „ | | 5 „ | 1 „ | 1 Monat | 1 „ | 2 „ |
| Rückfallverbr. | m. | 24 | | „ | „ | | 1 Tag | 1 „ | ½ „ | 2 „ | 2½ „ |
| Gelegenheitsv. | m. | 27 | nicht | „ | „ | | 17 Monat | 4 Tage | 1 „ | 3 „ | 4 „ |
| „ | m. | 25 | | Militärgefäng. | „ | schleichend | 1 „ | 1 Tag | 1 „ | 5 „ | 6 „ |
| „ | m. | 29 | nicht | Strafhaft | isoliert | | 1 „ | 1 „ | ½ „ | 5 „ | 5½ „ |
| Rückfallverbr. | m. | 27 | | „ | Kollektivhaft | | 5 „ | 14 Tage | ½ „ | 6 „ | 6½ „ |
| „ | w. | 39 | | „ | „ | akut | ? | ? | ungeheilt | | |
| „ | m. | 22 | | Zuchthaus | „ | | ? | ? | ungeheilt | | |

Als erläuternde Bemerkung möge hinzugefügt werden, daß die Klassifizierung in die einzelnen Verbrecherkategorien nach *Aschaffenburg* vorgenommen ist, nur mit dem Unterschiede, daß ich die einzelnen Kategorien wie folgt zusammengezogen habe. I. Zufall-, Gelegenheits-, II. Affekt-, III. Vorbedacht-, Rückfall-, Berufs-, Gewohnheitsverbrecher; als IV. habe ich noch die Vagantengruppe hinzugefügt. (Vgl. S. 859, 862.) Selbstverständlich ist keine scharfe Grenze zu erwarten, die Bezeichnungen geben nur annähernde Anhaltpunkte.

Irgendeine Norm läßt sich, wie aus der Tafel deutlich zu sehen ist, für die Heildauer nicht aufstellen. Verbrecherart, Geschlecht, Alter, ob vorbestraft oder nicht, ob Gefängnis oder sonst irgendeine Haftart, ob isoliert oder nicht, ob der Gefangene längere Zeit in Haft war, ja sogar ob er längere Zeit erkrankt in Haft gehalten wurde, alle diese äußern Verhältnisse scheinen bei der Bestimmung der Heildauer nicht mitzusprechen. Nur scheint die schleichende Form eine längere Heildauer zu verlangen. Nimmt man den Durchschnitt der Heildauer, so ergibt sich, abgesehen von den beiden Fällen, die in Verblödung übergingen, und die denselben haftpsychotischen Zustand schon drei- und fünfmal durchmachten, als Mittelwert für die Heilung = 2,1 Monat.

Die Abt. b der Gruppe V, die paranoide Form der Haftpsychose auf degenerativer Grundlage, umfaßt 13 Fälle, von denen 4 schleichend und 9 akut beginnen, ebenso waren 4 in Kollektiv- und 9 in Isolierhaft. Ein auslösendes Moment war in 6 Fällen festzustellen (vereitelter Fluchtversuch, abgelehntes Begnadigungsgesuch, übermäßige körperliche Anstrengung und dreimal Disziplinarstrafen). Von den 7 Fällen ohne auslösende Ursache fielen vier auf einen Montag, also nach einem ungewohnten arbeitfreien Tag, während die drei letzten Fälle ohne nachweisbare Ursache entstanden und schleichend begannen. Was die Jahreszeit angeht, so ist der Winter bevorzugt, Oktober bis März, der November hat 4 Erkrankungen, nur 2 Erkrankungen fallen in den Sommer. Man sieht also, daß die Patienten dieser Gruppe sehr von Äußerlichkeiten beeinflußbar sind.

Meist beginnt die Krankheit mit Tobsucht. Nachdem sich der Gefangene gut geführt hat, zertrümmert und zerstört er plötzlich seine Zelle und Arbeit, hieran schließen sich Äußerungen von Größenideen und vollständige persönliche Desorientierung an (Nr. 2, 3, 8 und 10 der Tabelle auf S. 858). Hier ist der Beginn akut, es finden



sich keine körperlichen Symptome außer einer leichten Hypästhesie. Eine andre Gruppe beginnt mit Depressionzuständen (drei an der Zahl), von denen einer in dem Zustand verharrt, während zwei andre in Größenideen übergehen; auch diese Fälle zeigen keine weiteren körperlichen Symptome außer einer leichten Sensibilitätsherabsetzung (Fall Nr. 1, 4, 7); alle zeigen akuten Beginn außer Nr. 7. Drei weitere Fälle zeigen plötzlich gehemmtes Wesen, um dann körperliche Halluzinationen hervorzubringen, der Patient hat Tiere im Kopf, wird elektrisiert usw., außerdem produzieren alle Größenideen (Nr. 5, 6, 9). Die letzte Gruppe zeigt langsam beginnende Erkrankungen, die Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen aufweisen (Nr. 11, 12, 13). Nr. 11 und 12 haben fünf- und viermal die gleichen Erkrankungen durchgemacht, die vorliegenden Formen sind Rezidive. Die Tabelle auf der folgenden Seite gibt die Übersicht dieser Abteilung.

Eine Erklärung erübrigt sich bei dieser Tafel, aber auch hier kann man aus den äußern Verhältnissen genau wie bei der vorigen Abteilung (vgl. S. 856) keine Anhaltpunkte für die Heildauer gewinnen; nur scheinen zunehmendes Alter und Rezidive die Heilung zu verzögern; das gleiche scheint bei den Formen mit schleichendem Beginn der Fall zu sein. Die Durchschnittdauer der Genesung ist abgesehen von dem ungeheilten Falle = 6,2 Monate.

## Gruppe VI.

Die letzte VI. Gruppe umfaßt die Fälle, bei denen keine prädisponierenden Momente zu eruieren waren. Auch hier sind zwei Gruppen zu unterscheiden: die stuporöse und die paranoide; zwischen diesen finden wir als Übergang die Form, die den *Ganser*schen Symptomkomplex in reinster Form zeigt.

Die stuporöse Form umfaßt 18 Fälle. Es findet sich hier dasselbe Bild wie bei Gruppe IV und V: Ausbruch eines Erregungzustandes, reaktionloses Benehmen usw. Hier weist die Abteilung nur Leute aus Festungsgefängnissen auf. 6 waren in Isolier- und 12 in Kollektivhaft. Von auslösenden Momenten finden wir 2 (Brief mit Erkrankung des Vaters, Versetzung zur Arbeiterabteilung), 1 mal körperliche Erkrankung, 7 mal Disziplinarstrafen; keine äußere Veranlassung haben scheinbar 8, von diesen traten 5 an einem Montag,



Übersicht der paranoid Erkrankten in Gruppe V.

| Nummer | Verbrecher-Kategorie | Geschlecht | Alter | Vorbestraft | Gefängnisart | Haftart | Beginn der Psychose | Dauer der Haft bis zur Erkrankung | Erkrankt in Haft behalten | Behandelt bis Überführung in Anstalt | Nach Überführung geheilt | Gesamtheildauer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Rückfall | m. | 21 | | Marine | Kollektivhaft | | 2 Monat | 1 Tag | 1 Monat | 2 Tage | 1 Monat |
| 2 | „ | m. | 25 | | „ | „ | | 3 „ | 2 Tage | 2 „ | 4 „ | 2 „ |
| 3 | „ | m. | 22 | | „ | isoliert | akut | 1 „ | 1 Monat | | 6 „ | 1 „ |
| 4 | „ | m. | 34 | | Militär | Kollektivhaft | | 11 „ | 2 Tage | 1/2 „ | 7 „ | 3/4 „ |
| 5 | Gelegenheit | m. | 23 | nicht | Marine | isoliert | | 2 „ | 1 Tag | 1 „ | 1/2 Monat | 1 1/2 „ |
| 6 | „ | m. | 28 | nicht | Militär | „ | | 3 „ | 1 „ | 1/2 „ | 1 „ | 1 1/2 „ |
| 7 | „ | m. | 23 | | Marine | „ | schleichend | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 2 „ |
| 8 | „ | m. | 23 | | „ | „ | | 10 „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 2 „ |
| 9 | „ | m. | 23 | | „ | Kollektivhaft | akut | 1 „ | 1 „ | 3 „ | 2 „ | 5 „ |
| 10 | Rückfall | m. | 25 | | Militär | isoliert | | 7 „ | 1 „ | 1 „ | 4 „ | 5 „ |
| 11 | „ | m. | 34 | | Zuchthaus | „ | | 8 Jahre | 6 Monat | 6 „ | 6 „ | 12 „ |
| 12 | „ | m. | 40 | | Gefängnis | „ | schleichend | 6 Monat | 7 „ | | 8 „ | 15 „ |
| 13 | „ | m. | 50 | | Gefängnis | „ | | 3 „ | 4 „ | | ungeheilt | |



## Übersicht der stuporös Erkrankten in Gruppe VI.

| Nummer | Verbrecher-Kategorie | Vorbestraft | Militär Marine | Haftart | Belastet | Haftdauer bis Erkrankung | Erkrankt in Haft behalten | Behandelt bis zur Überführung | Geheilt nach Überführung in Anstalt | Gesamtheildauer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zufall | | Militär | | | 1 Tag | 1 Tag | 1 Monat | sofort | 1 Monat |
| 2 | Rückfall | | „ | | Potator | 1 Monat | 1 „ | 1 „ | „ | 1 „ |
| 3 | „ | | „ | Kol- | unehelich | 2 „ | 1 „ | 2 „ | „ | 2 „ |
| 4 | Affekt | nicht | Marine | lektiv-haft | | 2 „ | 2 Tage | 1 „ | „ | 1 „ |
| 5 | Zufall | „ | „ | | | 4 „ | 1 Tag | 1/2 „ | „ | 1/2 „ |
| 6 | „ | „ | „ | | | 4 „ | 1 „ | 1/2 „ | „ | 1/2 „ |
| 7 | Rückfall | | Militär | isoliert | | 5 „ | 1 „ | 1 „ | „ | 1 „ |
| 8 | „ | | „ | | | 8 „ | 1 „ | 1 „ | „ | 1 „ |
| 9 | „ | | „ | Kol- | | 12 „ | 1 „ | 1 „ | „ | 1 „ |
| 10 | Zufall | „ | Marine | lektiv | | 2 „ | 1 „ | 1 „ | 2 Tage | 1 „ |
| 11 | Affekt | „ | „ | | | 2 „ | 1 „ | 1 „ | 1 Woche | 1 „ |
| 12 | Rückfall | | Militär | | | 15 „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ |
| 13 | Affekt | „ | Marine | isoliert | | 27 „ | 1 „ | 3/4 „ | 1/2 Monat | 2 „ |
| 14 | „ | | Militär | | | 1 „ | 1 „ | 3 „ | 1 „ | 4 „ |
| 15 | Zufall | | Marine | | | 36 „ | 1 „ | 1 „ | 1 „ | 2 „ |
| 16 | Affekt | | „ | Kol- | unehelich | 4 „ | 14 Tage | 1/2 „ | 2 „ | 2 1/2 „ |
| 17 | Vagant | | „ | lektiv | | 11 „ | 1 Tag | 3/4 „ | 2 „ | 3 „ |
| 18 | Affekt | | „ | | | 3 Wochen | 1 „ | 2 „ | 9 „ | 11 „ |



also auch wieder nach einem arbeitfreien Tag ein, während bei drei Erkrankungen nichts zu eruieren war; hier ist auch Jahreszeit oder Monat ohne Einfluß. Alle Patienten stehen im Alter von 23 bis 28 Jahren.

Auch diese Tafel bedarf wohl keiner Erklärung, die Bezeichnungen sind genau so gewählt wie bei der Tabelle auf S. 858. Ebenso ist hier aus den äußern Verhältnissen keine Norm für die Heildauer aufzustellen. Nur scheint im Rezidivfalle (Nr. 18) die Heilung verzögert zu werden. Abgesehen von diesem Fall ist der Heilungsdurchschnitt = 1,5 Monat. Alle Fälle kommen zur Heilung. Auch hier ist die stuporöse Form die Form der Kollektivhaft.

Die zweite Abt. der Gruppe VI zeigt den *Ganser*schen Symptomkomplex in seiner reinen Form. Der Patient kann die einfachsten Fragen nicht mehr richtig beantworten, obwohl aus den Antworten hervorgeht, daß er den Sinn richtig verstanden hat; es bestehen Sensibilitätstörungen, Halluzinationen, späterhin findet man Amnesie. Die Reflexe sind ohne Besonderheiten, dagegen besteht Tremor der Hände und der Zunge. Die Abteilung besteht aus 6 Fällen: einer aus dem Gefängnis, zwei Marine- und drei Militärgefangene. Alle Erkrankungen beginnen akut. Bei zwei Patienten ist eine Ursache festzustellen (Vernehmung und Arrest), bei den übrigen vier ist nichts zu eruieren; auch Wochentag, Monat oder Jahreszeit ist ohne Einfluß. Alle stehen im Alter von 22 bis 30 Jahren.

*Ganser*-Symptomkomplex in Gruppe VI.

| | Art des Gefängnisses | Belastet | Vorbestraft | Isoliert Kollektivhaft | Haftdauer bis z. Erkrankung | Erkrankt in Haft behalten | Bis Überführ. behandelt | Heilung nach Überführung | Gesamtheildauer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Militär | | | Kollekt. | 4 Mon. | 1 Tag | 14 Tage | sofort | 1/2 Mon. |
| 2 | Marine | | | „ | 2 „ | 1 „ | 21 „ | „ | 3/4 „ |
| 3 | „ | | | „ | 6 „ | 1 „ | 30 „ | 7 Tage | 1 „ |
| 4 | „ | | vorbestraft | „ | 2 „ | 4 Tage | 21 „ | 7 „ | 1 „ |
| 5 | Militär | in Jugend Gehirnentzündg. | vorbestraft | „ | 1 „ | 1 Tag | 30 „ | 14 „ | 1 1/2 „ |
| 6 | Gefängnis | unehelich | | isoliert | 6 „ | 14 Tage | 60 „ | 30 „ | 3 „ |

Es handelt sich nur um Gelegenheits- bzw. Affektverbrecher. Es scheint auch hier wieder nach den äußern Verhältnissen sich keine Norm für die Heildauer aufstellen zu lassen. Die Prognose ist aber eine gute. Die Heilung nimmt im Durchschnitt 1,3 Monat in Anspruch. Es handelt sich auch um eine Erkrankungsform der Kollektivhaft.

Diese Abteilung: *Ganser*scher Symptomkomplex, bildet den Übergang zu der letzten Abt. der Gruppe VI, zu der paranoiden Form der Haftpsychose. Es sind dies 16 Fälle. Sie verteilen sich auf 2 Fälle aus der Kollektiv- und auf 14 Fälle aus der Isolierhaft. Also auch hier haben wir die paranoide Form als Isolierhaftpsychose. 6 Fälle beginnen akut, 11 Fälle schleichend; nur dreimal ist ein auslösendes Moment zu finden (zweimal körperliche Erkrankung, einmal die Einstellung). Tag, Monat, Jahreszeit ist ohne merkbaren Einfluß. Die einzelnen Formen der paranoiden Haftpsychose verteilen sich nach folgender Tabelle:

Paranoid Erkrankte in Gruppe VI.

| | Untersuchungshaft | Strafhaft (Gefängnis) | Festungs-Gefängnis | Arbeits-Anstalt | Zuchthaus | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gehörshalluzinationen . . . . . | 1 | (1) | | 1 | (1) | 4 |
| Verfolgungsideen . . . . . . . . | 1 | 1 (1) | | | 1 (3) | 7 |
| Körperliche Halluzinationen . . | | 1 | | | (2) | 3 |
| Verblödung ohne Halluzination . | | | | 1 | 1 | 2 |
| Summe | 2 | 4 | | 2 | 8 | 16 |

Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Erkrankungen der Weiber, die aber der geringen Menge wegen nicht berücksichtigt werden können. Die letzte Rubrik gehört nicht hierher und ist nur der Vollständigkeit halber beigefügt.

Über die äußern Verhältnisse zur Heildauer vergleiche Tabelle auf der folgenden Seite.

Auch hier lassen sich von den äußern Verhältnissen keine Rückschlüsse auf die Heildauer machen. Die Tabelle ergibt aber, daß auch hier Rezidive längere Heildauer beanspruchen. Das Mittel, die durchschnittliche Heildauer, beträgt hier 5,4 Monate.





Übersicht der paranoid Erkrankten in Gruppe VI.

| Geschlecht | Alter | Belastung | Vorbestraft | Art der Anstalt | Isolier- od. Kollektiv-haft | Verbrecher-Kategorie | Dauer der Haft bis Erkrankung | in Haft erkrankt | behandelt bis Überführung | nach Überführung geheilt | Gesamt-heildauer | Beginn der Psychose |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| m. | 37 | nicht | | Arbeits-anstalt | Kollektivhaft | Vagant | 5 Tage | 7 Monat | | sofort | 7 Monate | allmählich |
| m. | 30 | „ | | Zuchthaus | isoliert | Rückfall | 3½ Mon. | 1 „ | 5 Tage | „ | 1 „ | „ |
| m. | 51 | „ | | „ | „ | Affekt | 15 „ | 6 „ | | „ | 6 „ | „ |
| w. | 30 | | | „ | „ | Rückfall | 24 „ | 1 Tag | 5 „ | 2 Tage | ¼ „ | akut |
| w. | 55 | „ | | „ | „ | „ | 3 „ | 2 Monat | | 2 „ | 2 Monate | „ |
| w. | 47 | „ | | Gefängnis | „ | „ | 30 „ | 1 Woche | 2 Monate | ½ Monat | 2½ „ | allmählich |
| w. | 38 | „ | | „ | „ | „ | 12 „ | 6 Monat | | ½ „ | 2½ „ | „ |
| w. | 40 | „ | nicht | Zuchthaus | „ | Gelegenheit | 4 „ | 8 „ | | 1 „ | 9 „ | „ |
| m. | 17 | „ | „ | Untersu-chungsh. | „ | „ | 1 „ | 2 „ | | 1 „ | 3 „ | akut |
| w. | 37 | „ | „ | Gefängnis | „ | „ | 5 „ | 9 „ | | 3 „ | 12 „ | allmählich |
| m. | 21 | „ | | Arbeitsh. | Kollektivhaft | Rückfall | 1 Tag | 1 „ | | 6 „ | 7 „ | akut |
| w. | 37 | „ | „ | Untersu-chungsh. | isoliert | Gelegenheit | 1 Monat | ½ „ | 1 Woche | 3 „ | 3 „ | „ |
| w. | 45 | | | Zuchthaus | Kollektivhaft | „ | 24 „ | 1 Tag | 1 Monate | 6 „ | 7 „ | allmählich |
| m. | 40 | „ | | „ | isoliert | Rückfall | 9 Jahre | 1 „ | 7 „ | Lazarett | | „ |
| m. | Rezidive | | | | „ | | 3 Monat | 1 „ | 6 „ | 8 Monate | 14 „ | „ |
| m. | 60 | nicht | nicht | „ | „ | Gelegenheit | 5 „ | 2 Tage | } | ungeheilt | | akut |
| m. | 37 | „ | „ | „ | „ | Rückfall | 2 Jahre | 4 „ | } | | | allmählich |

Fassen wir das Ergebnis der Gruppen IV, V, VI zusammen, so ergibt sich folgendes Resultat:

| | stuporöse Form | | | | paranoide Form | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kollektivhaft | Isolierhaft | Summe | Heilung in Monaten | Kollektivhaft | Isolierhaft | Summe | Heilung in Monaten |
| I. Imbezillität . . | 3 | 1 | 4 | | 1 | 4[1]) | 5 | |
| II. Dementia praecox | 5 | 3 | 8 | | 1 | 5 | 6 | |
| III. Epileptische Seelenstörung . . | 9 | 2 | 11 | | 0 | 6 | 6 | |
| IV. Degeneration. . | 11 | 6 | 17 | 2,1 | 4 | 9 | 13 | 6,2 |
| V. Gesund. . . . | 12 | 6 | 18 | 1,5 | 2 | 14 | 16 | 5,4 |
| „ *Ganser* . | 5 | 1 | 6 | 1,3 | | | | |
| Summe | 45 | 19 | 64 | 1,6 | 8 | 38 | 46 | 5,8 |

Man sieht also deutlich aus dieser Aufstellung, daß die stuporöse Form der Haftpsychose die Erkrankung der Kollektivhaft [im Verhältnis 45:19 oder 5:2], während die paranoide die der Isolierhaft ist [nämlich im Verhältnis 38:8 oder 5:1].

Die Heilung nimmt im Durchschnitt bei der stuporösen Form weniger Zeit in Anspruch als bei der paranoiden, nämlich im Verhältnis 1,6:5,8.

Aufmerksam zu machen wäre bei dieser Tabelle auf das Verhältnis der Heilzeitziffern bei den Degenerierten gegenüber den geistig Gesunden, nämlich 2,1 und 6,2 gegen 1,5 und 5,4, auch ein Beweis, daß es sich bei V um keine Psychopathen handelt.

Über die Häufigkeit der beiden Formen lassen sich nur vage Vermutungen aufstellen. Es scheint, daß die stuporöse Form häufiger auftritt als die paranoide (64:46). Hiermit deckt sich auch die Tatsache, daß sich bei Aufstellung einer Kurve, um das Verhältnis in den Strafanstalten zwischen Einzelhaft und Geistesstörungen aufzuzeichnen, beide Linien vollständig unabhängig voneinander verlaufen.

Die Kurve ist gewonnen, indem von dem Zeitraum von fünf Jahren von jedem einzelnen Gefängnis und Zuchthaus das Verhältnis von Disziplinarstrafen und Einzelhaft zu den Geisteskrankheiten in

[1]) Der eine Fall von chronischem Alkoholismus (s. S. 652 unter c) ist hier zur Imbezillität gerechnet.





Prozenten ausgerechnet wurde. Es ist aber nie ein beweisendes Übereinstimmen der Kurve der Isolierhaft mit der Kurve der Geisteskrankheiten gefunden, so daß man auch aus diesen Momenten schließen kann, daß die Isolierhaft seltener zu Erkrankungen Anlaß gibt, als die Kollektivhaft, mithin die paranoide, gefährlichere Form seltener vorkommt.

| Disziplinarstrafen % zur Belegschaft | Einzelhaft % zur Belegschaft | Geisteskrankheiten ‰ zur Belegschaft | Zuchthaus Männer | Zuchthaus Weiber | Gefängnis Männer | Gefängnis Weiber |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 110 | | | | |
| | | 105 | | | | |
| | | 100 | | | | |
| | | 95 | | | | |
| | | 90 | | | | |
| | | 85 | | | | |
| | | 80 | | | | |
| | | 75 | | | | |
| | 75 | 70 | | | | |
| | 70 | 65 | | | | |
| | 65 | 60 | | | | |
| 80 | 60 | 55 | | | | |
| 75 | 55 | 50 | | | | |
| 70 | 50 | 45 | | | | |
| 65 | 45 | 40 | | | | |
| 60 | 40 | 35 | | | | |
| 55 | 35 | 30 | | | | |
| | 30 | 25 | | | | |
| | 25 | 20 | | | | |
| | 20 | 15 | | | | |
| | 15 | 10 | | | | |

Untersuchungen über auslösende bzw. ätiologische Momente waren ziemlich ergebnislos; wohl sind ja bei der stuporösen Form in einer großen Mehrzahl solche Momente vorhanden, doch finden wir in der Isolierhaft wenig Beweisendes; doch muß irgend etwas vorhanden sein, das dem Bilde der Isolierhaft-Psychose die paranoide Form gibt.

Untersuchungsgefangene — der Untersuchungshaft werden im allgemeinen tiefergehende Wirkungen zugeschrieben — sind nur in verschwindender Anzahl eingeliefert worden, so daß die Momente, die *Auer* und *Leuss* ins Spiel führen, nicht so schwerwiegend sein können. Die Frage muß daher offen bleiben.

Dagegen scheint *Leuss* mit der Beobachtung recht zu haben, daß der Gebildete die Haft besser erträgt; unter dem hiesigen Material finden sich fast nur Angehörige der arbeitenden Klasse.

Das **Ergebnis** der vorliegenden Arbeit läßt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Inwieweit von einer Haftpsychose sui generis gesprochen werden kann, vermag an dem hiesigen, immerhin beschränkten Material nicht entschieden zu werden, wenn auch die Wahrscheinlichkeit für ihre Existenz spricht.

Festgestellt ist aber auf jeden Fall, daß in der Haft zwei

deutlich unterschiedene Symptomkomplexe auftreten, die man als Haftpsychose bezeichnen kann, da sie durchgehend dasselbe Bild und denselben Verlauf zeigen. Diesen Psychosen — die auch zu bereits bestehenden Seelenstörungen treten können — verfallen leichter Degenerierte und Geisteskranke als Geistesgesunde.

Es handelt sich um eine Form der Kollektivhaft, die stuporöse, und um eine Form der Isolierhaft, die paranoide Form, und zwar scheint die letztere seltener aufzutreten. Beide sind prognostisch günstig; wenn auch aus den äußern Verhältnissen sich keine Norm aufstellen läßt, so zeigt doch die stuporöse Form Neigung zu schnellerer Heilung.

Rezidive wurden selten beobachtet, zeigten dann aber langsameren Heilverlauf.

---

## Literatur.


1. *Aschaffenburg*, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1903.
2. *Auer*, Zur Psychologie der Gefangenschaft. München 1905.
3. *Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den degenerativen Psychosen. Halle 1907.
4. *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie. 1908.
5. *Delbrück*, Über die unter den Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachteten Geisteskrankheiten und ihren Zusammenhang mit dem Verbrechen. Allg. Zeitschrit f. Psychiatrie. Bd. 11, 1854.
6. —, Die Seelenstörungen in den Strafanstalten und ihre Behandlung. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 20, 1863.
7. *Fürstner*, Simulation geistiger Störung. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 19, 1888.
8. *Ganser*, Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 30, 1898, S. 633.
9. *Gutsch*, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 19, 1862.
10. Hausordnung für das Kgl. Gefängnis Bonn.
11. *Hoffmann*, Gefängnishygiene. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Bd. 31, 1906.
12. —, Gefängnispsychosen und Psychosen im Gefängnis. Archiv für Criminal-Anthropologie und Criminalistik. Bd. 25, 1906.
13. *Hoppe*, Simulation und Geistesstörung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Bd. 31, 1906.
14. *Kirn*, Kurze Mitteilung über Gefängnispsychosen. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 11, 1854.






15. *Leuss*, Aus dem Zuchthaus. Berlin 1907.
16. *Longard*, Geisteskrankheiten bei Gefangenen. Psychiatrische Monatsschrift. Bd. 37, 1901.
17. *Lücke*, Über das *Ganser*sche Symptom. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 60, 1903.
18. *Marx*, Die Aufgaben einer Psychologie der Untersuchungshaft. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Bd. 32, 1906.
19. *Mönkemöller*, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Bd. 28, 1902.
20. *Nehmet*, Zur Frage der während der Freiheitstrafen entstandenen Psychosen. Elme-és idegkórtan No. 3, 1904.
21. *Penta*, Alcuni appunti nelle pazzie dei carcerati. Riv. mensile di psichiatria forense, antropologia criminale e scienze affini. Anno III, num. 12, 1900.
22. *Politz*, Einzelhaft und Geistesstörung. Ärztliche Sachverständigenzeitschrift. Bd. 22, 1905.
23. *Raecke*, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 58, 1901 S. 115.
24. —, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebendort, S. 409.
27. *Reich*, Üb. akute Seelenstörung in Gefangenhaft. Ib. Bd. 27, 1871, S. 405.
28. *Riehm*, Simulation von Geistesstörung. Ib. Bd. 65, 1908, S. 28.
29. *Roller*, Über Seelenstörung in Einzelhaft. Ib. Bd. 20, 1863. S. 195.
30. *Rüdin*, Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Ib. Bd. 58, 1901, S. 447.
31. —, Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Ib. Bd. 60, 1903, S. 852.
32. *Scheven*, Geistesstörung und Verbrechen. Achiv für Kriminal-Anthropologie. Bd. 4, 1900.
33. *Schultze*, Über Psychosen bei Militärgefangenen. Jena 1904.
34. —, Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen. Jena 1907.
35. *Siefert*, Über Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle 1907.
36. *Simon*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Militär-Psychosen, zitiert aus der Psychiatrischen Wochenschrift. 1901, Nr. 14.
37. *Skliar*, Über Gefängnispsychosen. Berlin 1904. Inaug.-Diss.
38. *Sommer*, Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie. Leipzig 1904.
39. Statistik der zum Ressort des Kgl. preuß. Ministeriums des Innern gehörenden Strafanstalten und Gefängnisse. Berlin 1901, 1902, 1903, 1904.
40. *Wilmanns*, Über Gefängnispsychosen. Halle 1908.
41. —, Zur Psychopathologie des Landstreichers. Leipzig 1906.





# Beiträge zur Lehre von den Zwangshalluzinationen.

Von

Dr. N. **Skliar**, Ordinierendem Arzt der Irrenanstalt Tambow (Rußland).

Von sämtlichen Zwangserscheinungen ist die Frage der Zwangshalluzinationen am wenigsten geklärt. Die meisten deutschen Autoren verneinen das Vorkommen von Halluzinationen, bei denen der Kranke ein Zwanggefühl von ihnen besitzt und ihre Sinnlosigkeit einsieht; auch sind solche Fälle in der deutschen Literatur nur in sehr geringer Zahl veröffentlicht worden, und zwar erst in letzter Zeit von *Löwenfeld*, *Thomsen*, *Pick*, *Hoche* und *Kutzinski*. Mehr haben sich mit diesen Erscheinungen die italienischen und französischen Autoren beschäftigt, *Stefani*, *Tamburini*, *Buccola*, *Pitres* und *Régis*, *Raymond* und *Arnaud*, *Henri Meuriot*, *Laroussinie*, *Pierre Janet* u. a. Ausführlich handelt darüber *Séglas* in seiner Arbeit „De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante". Er vertritt die Ansicht, daß die Halluzinationen von den Zwangserscheinungen nicht ausgeschlossen werden dürfen, und teilt die Zwangshalluzinationen ein in 1. die sogen. halluzinatorische Obsession (obsession hallucinatoire), die dadurch charakterisiert sei, daß die Halluzination die Zwangsvorstellung begleite, und 2. in die eigentliche Zwangshalluzination (hallucination obsédante), die selbständig vorkomme und alle Merkmale der Zwangserscheinung aufweise. — *Löwenfeld* ist mit dieser Einteilung einverstanden; da aber die beiden Gruppen von Halluzinationen seiner Ansicht nach den gleichen Zwangcharakter besitzen, hält er es für zweckmäßiger, die Zwangshalluzinationen in sekundäre (halluzinatorische Obsession von *Séglas*) und primäre (eigentliche Zwangshalluzination von *Séglas*) zu teilen.

Die meisten Fälle, die von den Autoren angeführt werden, gehören zu den halluzinatorischen Obsessionen *Séglas*' (resp. den sekundären Halluzinationen *Löwenfelds*).



So sehen wir bei *Pitres* und *Régis* eine Kranke so von Todesangst geplagt, daß sie ihr eigenes Begräbnis sah. Eine andere Kranke, die Angst hatte, sie könnte einen Mord begehen, sah sich deutlich mit einem Messer bewaffnet die verbrecherische Tat ausführen. Eine dritte Kranke, die an einer Eifersuchtidee litt, sah, wie und mit wem ihr Gatte ihr untreu wurde. — Bei *Suchanow* fürchtete eine Kranke sich vor Glasgegenständen und horchte so gespannt, ob im Hause ein Glasgeschirr zerbrochen würde, daß sie beständig das Geräusch von einem zerschlagenen Gegenstand ganz deutlich hörte. — Bei *Löwenfeld* gesellte sich in einem Fall zur Angst vor dem Selbstmord die Halluzination des spitzen, blanken Messers, das die Kranke in voller Deutlichkeit vor sich sah; in einem anderen Fall hörte ein Kranker, der fürchtete, fremdes Geld oder Wertsachen Fremder sich anzueignen, Stimmen, die ihm schrien: „So nimm dir doch von dem Gelde." Zur gleichen Art gehören die meisten Fälle von *Löwenfeld*. — Bei *Thomsen* sah einmal eine Kranke in einem Koffer eine rote Sublimatpastille; nachher war sie in beständiger Angst, daß das Gift in den Koffer, nachher in die Kleider, Briefe usw. eindringen könnte, und sah überall rote Flecke. Gleicherart ist auch sein zweiter Fall. — Ebenso ist auch im Falle von *Hoche* die Halluzination der „roten Flecke" entstanden. — Auch ich hatte unlängst einen Fall in Beobachtung gehabt, wo eine Kranke seit zwei Jahren von der Furcht, von Dieben bestohlen und dann getötet zu werden, so geplagt wurde, daß sie nachts deutlich Schritte und ein Geräusch und leises Klopfen an dem Fenster und der Türklinke ihres Zimmers hörte.

Aus diesen Beispielen sehen wir zunächst, daß diese Halluzinationen nicht Zwangsvorstellungen, sondern Phobien begleiten, bei denen es vorkommen kann, daß beim Zunehmen der Angst Sinnestäuschungen auftreten, die aber nicht als zwangmäßige aufgefaßt werden können, da bei denselben ein starker Angstaffekt vorhanden ist und der Kranke in dem Zustande der Angst an den Inhalt der Halluzination, die sich ihm vorstellt, glaubt.

Noch andere Fälle kennen wir aus der Literatur, wo bei Hysterikern und bei Degenerierten mit Pseudologia phantastica, die geneigt sind, Alles sich bildlich vorzustellen, gewisse Vorstellungen eine sinnliche Form annehmen.

Dies sehen wir z. B. im Falle von *Pick*, wo eine Pat. vom Bild ihrer eben verstorbenen Freundin so sehr verfolgt wurde, daß sie diese ganz deutlich beim Einfädeln auf dem Faden sah. — Das gleiche gilt von einem Kranken *Buccolas*, der sich so viel mit dem Ursprung von Banknoten beschäftigte, daß er ganz deutlich die Noten in ihren verschiedenen Formen vor Augen sah. — Ein Pat. *Löwenfelds* war so von sexuellen Vorstellungen geplagt, daß er öfters eine nackte Frauengestalt vor sich oder neben sich



im Bette sah; eine andere Pat., die in einem Roman vom Erscheinen einer gespenstischen Hand gelesen hatte und öfters darüber nachdenken mußte, sah einige Zeit später die Hand vor dem Einschlafen oder beim Aufwachen in der Nacht über ihrem Bette an der Wand und zwar deutlich körperlich hervortretend.

Nun haben aber auch diese Sinnestäuschungen nichts Zwangmäßiges an sich, da sie durch stark einwirkende und affektvolle Vorstellungen hervorgerufen werden, und da ferner im Momente ihres Auftretens der Kranke an ihre Realität vollständig glaubt und kein Zwanggefühl von ihnen besitzt.

Also begleiten die Zwangshalluzinationen in der Form der „obsessions hallucinatoires" von *Séglas* (bzw. der sekundären Halluzinationen von *Löwenfeld*) nicht Zwangsvorstellungen, wie diese Autoren meinen, sondern sie treten teils bei Phobien oder Befürchtungsideen auf, teils kommen sie hauptsächlich bei Hysterikern, durch Verstärkung des sinnlichen Anteils der Vorstellung zustande. Beide Arten von „Zwangshalluzinationen" können aber, weil sie von keinem subjektiven Zwanggefühl begleitet sind, zu den Zwangserscheinungen nicht gerechnet werden.

Der anderen Gruppe der *Séglas*schen Zwangshalluzinationen (hallucinations obsédantes) gehören aus der Literatur an etwa zwei Fälle isolierter Geruchshalluzinationen bei *Séglas*, ein ähnlicher Fall bei *Löwenfeld* und eine isolierte Gehörshalluzination bei *Kutzinski*, wo die Kranke gegen ihren Willen beständig das Wort „Fluch" hörte. Aber diese Fälle sind zu kurz und unvollständig beschrieben und können deswegen nicht als überzeugender Beweis gelten, daß wirklich Halluzinationen mit dem Charakter des subjektiven Zwanges existieren.

Ich bin nun in der Lage, drei ähnliche Fälle aus der Tambowschen Irrenanstalt (Dir. Dr. *J. A. Skwortzow*) ausführlich mitzuteilen, von denen der erste und der dritte Fall von mir selber beobachtet wurde.

Fall I. — Marie St., 33 J. alt, trat in die Tambowsche Irrenanstalt 16. II. 1909 ein.

Pat. fiel heute morgen vom Zuge während der Fahrt herunter und erlitt eine Quetschung am linken Knie. In die Irrenanstalt wurde sie gebracht, weil sie die Angabe machte, daß sie sich gegenwärtig in einem ihrer krankhaften Zustände befinde, in denen sie ziellos herumwandere. Bei der Aufnahme klar, ruhig, klagt nur über Schmerzen im Bein und über Schlaflosigkeit. 17. II. Erzählt, sie habe nachts nicht schlafen können,



da sie schwarze Schatten sah, die bald aufs Bett, bald auf den Stuhl sich setzten, bald auftraten, bald verschwanden. Dies sei alles Unsinn, aber es quäle sie doch. — Pat. ist gut genährt. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf Licht und Akkomodation. Die Zunge zittert nicht und wird gerade herausgestreckt. Sehnenreflexe und Sensibilität normal. Rachenreflex erhalten. — Psychisch ist Pat. klar, besonnen, über Ort, Zeit, Umgebung gut orientiert; Gedächtnis gut; keine Wahnideen; kein Schwachsinn.

Über ihre Vergangenheit und über ihren Zustand erzählte sie uns folgendes:

Bruder geisteskrank und durch Selbstmord geendet. Schwester psychopathisch. Großvater (mütterl.) geisteskrank; Onkel (mütterl.) Alkoholiker; Vater sonderbar. — Die Eltern vertrugen sich schlecht und lebten meist getrennt. Bis zum 12. Jahre sei Pat. bei ihrer Großmutter erzogen worden, nach deren Tode bei ihrer Tante in Taschkent, wo sie die Töchterschule besuchte und absolvierte. Nachher ging sie nach Hause zum Vater, wo sie bis zum 27. Jahre lebte. — Nervös sei sie von Kindheit auf gewesen. Zum erstenmal erkrankte sie ernst nach dem Tode ihres Bruders, der im Anfalle von Geisteskrankheit sich erschoß. Es kam ihr vor, sie wäre schuld an seinem Tode; sein Schatten zeigte sich ihr nachher öfters längere Zeit. Es entwickelte sich bei ihr zu dieser Zeit ein Zustand von nervöser Überreizung, der ein halbes Jahr dauerte. Sie konnte damals weder sprechen, noch essen, noch schlafen, noch sitzen, noch gehen und mußte gegen ihren Willen tun, was sie gar nicht wollte: statt sich z. B. ins Bett zu legen, um einzuschlafen, mußte sie gehen oder sich setzen oder ein Bein aufs Bett hinlegen und das andere auf den Boden hinstellen u. dgl. Sie habe auch damals Zwangsvorstellungen des Selbstmordes gehabt. Hauptsächlich aber habe sie der Umstand geplagt, daß jedesmal, wenn sie jemand besuchte, es bei ihr im Leibe zu kollern anfing, weshalb sie Gesellschaft habe vermeiden müssen. Sie habe auch lachen müssen, wenn sie gar nicht lachen wollte. Oder sie sprach statt eines Wortes ein anderes, das sie gar nicht sagen wollte und gar nicht dachte. Solche Zustände wiederholten sich dann bei ihr häufiger und wurden immer drückender und quälender. — Von anderen Eigenheiten erinnere sie sich an folgende: Als sie nach Beendigung des Gymnasiums zu Hause lebte, mußte sie täglich 3 Jahre lang im Walde, der sich neben ihrem Hause befand, Eicheln sammeln und dieselben in gewisser Reihenfolge hinlegen, oder im Zimmer in gleicher Reihenfolge Fäden, Bändchen u. dgl. auseinanderlegen, oder unaufhörlich Zahlen rechnen. Sie habe aufgehört mit diesen Dingen sich zu beschäftigen, als ihre Mutter, eine leichtsinnige Person, die Theater, Bälle usw. viel besuchte und viel Besuch bei sich sah, nach Hause übersiedelte und Pat. die ganze Hauswirtschaft selbst besorgen und viel arbeiten mußte. Zu dieser Zeit begann sie auch mit Spiritismus sich zu beschäftigen, den die Mutter zu Hause einführte, und der auf Pat.



eine schlechte Wirkung hatte. Während der Sitzung bewegten sich alle Gegenstände, Geister zeigten sich, es wurden Stimmen gehört; vor Schrecken lief sie ins andere Zimmer. Seit dieser Zeit fing sie an schwarze Schatten zu sehen. Zuweilen nahmen auch Menschengesichter das Aussehen von Leuten aus dem Jenseits an. Schatten sehe sie auf der Wand, am Himmel, oder eingeritzt im Baume. Sie denke, daß dies Zeichen vom Jenseits seien, vielleicht Vorboten des Todes. — Um dem Auftreten solcher „Anfälle" vorzubeugen, suche sie sich zu überzeugen, ob diese Visionen Gespenster sind; zu diesem Zwecke schaue sie dieselben fest an; da bekommen aber die Bilder ein noch schrecklicheres Aussehen; sie stelle dann dem Gespenst irgendwelche unsinnige Fragen, über die sie selber lache, oder sie wende sich zu ihm und frage: „wer bist du? woher bist du?" und dann beruhige sie sich; wenn eine Vision in der Dunkelheit auftrete, so zünde sie Licht an, dann verschwinden alle Schatten. Oder sie werde von ihnen abgelenkt, wenn jemand sich ihr nähere und sie in ihrer Beschäftigung mit den Visionen störe. Die Gespenster schwinden auch, wenn sie sich in lärmender Umgebung befinde; deswegen gehe sie, wenn solcher Zustand sie überfalle, auf den Marktplatz oder begebe sich auf Reisen, sei es mit dem Zug oder mit dem Dampfschiff. Auch Arbeit wirke gut, indem sie dadurch von ihren Gedanken und Visionen abgelenkt werde. Aber sie ermüde rasch bei der Arbeit und müsse sie deswegen bald aufgeben; durch das Nichtstun aber treten wieder Visionen auf.

Vor 6 oder 7 Jahren habe ihr Vater einen „Nervenschlag" erlitten; durch den Schreck hierüber verschlechterte sich ihr Zustand. Es begann sie der Gedanke zu quälen, daß sie keine Mittel zum Lebensunterhalt haben werde, falls der Vater sterbe. Trotzdem dessen Befinden sich besserte, konnte sie sich nicht beruhigen und ging auf Reisen, um sich eine Stelle zu suchen. Seitdem begannen ihre Wanderungen. Sie sei in vielen Städten gewesen, wechselte oft die Stellen, war Bonne, Lehrerin, Hörerin der Hebammenkurse, Schülerin im Telegraphendienst usw. Nirgends blieb sie lange Zeit, wechselte oft, fast täglich, die Wohnung, und da sie keine passende Wohnung finden konnte, mußte sie schließlich die Stadt verlassen. Dies wiederholte sich wohin sie kam, nur nach Charkow kehrte sie stets gern zurück, weil dort eine ihr gut bekannte Familie lebte, zu der sie ein besonderes Vertrauen hegte, und weil dort alles vorhanden war, was sie für eine Wohnung als notwendig ansah. Zuletzt diente sie im Telegraphenbureau in Kursk. Anfangs ging die Arbeit gut, bald aber infolge der Ermüdung immer langsamer. Sie ging daher nach Charkow, um dort eine passende Stelle zu suchen, schickte Offerten in mehrere Orte und mußte nur auf Antwort warten; als sie aber einmal abends nach Hause kam, erschien ihr in dem Hausflur eine Frau mit einem blassen Gesicht; sie suchte durch verschiedene Manipulationen sich zu überzeugen, daß dies kein wirkliches Objekt war, und wurde dessen erst gewiß, als sie Licht anzündete. Dieser Umstand versetzte sie in Beunruhigung, da sie wußte,



daß diese Gespenster nun bei ihr hier beständig auftreten würden, und sie entschloß sich deshalb, Charkow gleich zu verlassen und nach Kijew zu gehen. Dort beichtete sie im Kloster und sollte den folgenden Tag kommunizieren; da aber traten bei ihr die Menses auf, was sie als ungünstiges Zeichen ansah. Sie verließ sogleich Kijew und reiste nach Nowgorod zum Vater. Im Zuge begann sie aber zu schwanken: bald wollte sie nach Nowgorod fahren, bald kehrte sie wieder um. Während der Reise traten bei ihr im Zug eine Menge von Visionen auf: sie trat an dieselben heran, wendete alle ihre Handgriffe an, um sich von ihnen zu befreien. Dies sei ein peinigender Zustand gewesen. Deswegen habe sie drei Nächte hintereinander nicht schlafen können. Als der Zug von Tambow abfuhr, ward ihr sehr schlecht, und sie fiel aus dem Zuge. Sie leugnet, Selbstmord beabsichtigt zu haben, da sie ihn für Sünde halte. Sie leugnet, daß sie einer Vision habe nachjagen wollen, sagt aber später, sie habe nach dem Falle ein Gespenst erblickt.

19. II. In der Abteilung hält sie sich abseits von den anderen, trotz des kranken Beines will sie nicht im Bett liegen, sondern springt beständig, wenn auch mühsam, umher. Spontan spricht sie über ihren Zustand nicht; wenn sie darüber gefragt wird, erzählt sie, sie sehe schwarze Schatten, weswegen sie oft nicht schlafen könne. Wenn der Wind im Schornstein saust, hört sie darin Stimmen, die ihr Angenehmes oder Unangenehmes singen; aus der kochenden Teemaschine hört sie wunderbare Stimmen. Einmal sagte sie, daß die Fransen des Tuches, das sie auf dem Rücken trug, ihr wie Flügel vorkämen, die sie gleichsam hochheben, so daß sie sich als Vogel vorstelle. Sie wisse, daß es Unsinn sei, und suche diese Gedanken zu verdrängen, was ihr aber schwer gelinge.

Im Untersuchungzimmer gab sie heute dem Arzt auf Fragen zuerst Antwort, wenn auch einsilbig, dann fing sie an, aufs Fenster hinzustarren, veränderte den Gesichtsausdruck, flüsterte vor sich hin, bewegte sich auf dem Stuhle, antwortete nicht mehr. Es stellte sich heraus, daß sie durchs Fenster des Untersuchungzimmers auf dem Baume eine Vision erblickte, von der sie schließlich sich dadurch befreite, daß sie den Rücken zum Fenster kehrte; dann sprach sie frei und geläufig über alles.

Erzählt, daß sie sich fürchte durch ein dunkles Zimmer zu gehen; sie fürchte sich vor Stille, habe Angst vor Leichen, Spinnen, Mäusen, Schwaben; vermeide Männergesellschaft, die auf sie schlecht wirke.

21. II. Habe die Nacht nicht geschlafen, weil die eine Wärterin ihr wie ein Huhn und die andere wie ein Schwein vorkam, und sie, Pat., beständig „Hühnerstall“ schreien mußte.

23. II. Hält beständig Geld in den Händen. Vom Arzt gefragt, wozu sie es in der Abteilung brauche, antwortet sie zuerst ausweichend, sagt aber dann, daß sie zu Hause gewöhnt sei, Geldstücke in alle Ecken zu legen. — Die letzten Tage bat sie, man möchte sie entlassen, da sie



hier nicht bleiben könne. Heute zweifelt sie schon, ob es gut sei, die Anstalt zu verlassen, sie sei überhaupt sehr unentschlossen.

28. II. Als auswärtige Kranke wird sie nach Nowgorod zum Vater in unverändertem Zustande entlassen. Nach Angabe der Oberwärterin, die sie im Zuge begleitete, band sie den Korb unaufhörlich auf und zu, ohne etwas zu brauchen, und ließ keine Männer in den Wagen. Die Kranke habe auch im Zuge Visionen gehabt: plötzlich fing sie an, die Päckchen, die ihr gegenüberlagen, anzustarren und zu grimassieren. Ein anderes Mal schaute sie mit erschrockenen Augen einen Knaben an, der ihr gegenüber auf einer Bank lag; später sagte sie, daß der Knabe ihr wie ein riesiger Bauer vorkam.

Wir haben hier einen Fall von Zwangsirresein, wo wir eine ganze Reihe von Zwangserscheinungen sehen: Zwangshandlungen (Legen von Eicheln, Fäden, Bändchen, Geld, unaufhörliches zweckloses Auf- und Zubinden u. dgl.), Zwangshemmungen (Unmöglichkeit zu essen, trinken, gehen, sitzen, sprechen usw.), Zwangsideen (des Selbstmordes), Zwangsaffekte (Lachen), Zwangsdarmkrisen (Kollern im Leibe); dann sind bei der Kranken Phobien vorhanden; außerdem ist bei ihr bemerkbar eine starke Neigung zum Zweifeln und eine Entschlußunfähigkeit. Aber das Hauptsymptom des Krankheitbildes, das die Kranke am allermeisten plagt, bilden die Halluzinationen, die hier einen ganz besonderen Charakter tragen.

Sonst ist der Halluzination der Charakter objektiver Wirklichkeit eigen. Zum Unterschied von diesen echten Halluzinationen zeichnen sich in unserem Fall die Sinnestäuschungen, z. B. des Gesichts durch Unklarheit, Undeutlichkeit, Verschwommenheit der sinnlichen Bilder aus (unbestimmte schwarze Schatten, die Vorboten des Todes darstellen sollen: die Tuchfransen werden in der Form von Flügeln phantastisch ergänzt; die Wärterin kommt der Kranken wie ein Huhn oder Schwein vor, der Knabe im Zug wie ein riesiger Bauer; auf den verschiedenen Gegenständen, auf die sie nur hinblickt, sieht sie verschiedene Figuren usw.). Ebenso unbestimmt sind die Gehörstäuschungen (z. B. der Wind im Schornstein, die kochende Teemaschine).

Ferner glauben die Kranken sonst an die Realität ihrer Halluzinationen. Unsere Kranke aber glaubt gar nicht an die Wirklichkeit der bei ihr auftretenden Bilder oder Stimmen und hält dieselben sogar für Unsinn.

Dann werden die halluzinatorischen Empfindungen von einem starken Gefühlston begleitet, und zwar in noch höherem Grade, als



die normalen Empfindungen, und sie üben deswegen auf das Denken und Handeln eine größere Wirkung aus, als die einfachen Sinneseindrücke. Bei unserer Kranken aber entbehren die Halluzinationen jeglicher Gefühlsunterlage. Zwar scheint es auf den ersten Blick, als ob sie auf das Handeln und das Benehmen der Kranken Einfluß haben; so wechselt bei der Pat., wenn das halluzinatorische Bild bei ihr auftritt, der Gesichtsausdruck, sie macht verschiedene Bewegungen, Grimassen, stellt demselben eine Reihe von Fragen. Aber diese Grimassen und dies Fragestellen sind ganz sinnloser Natur und stehen in keiner Beziehung zum Inhalt der Halluzinationen, an den die Kranke gar nicht glaubt, und stellen somit keine direkte Reaktion auf den Inhalt dieser Sinnestäuschungen dar, sondern sie müssen eher — nach *Freuds* treffendem Ausdruck — als Schutz- oder Abwehrmaßregeln aufgefaßt werden, die dieselbe Rolle spielen, wie die verschiedenen Beschwörungen und Sprüche gegen verschiedene Krankheiten bei abergläubischen Leuten.

Endlich ist für die echten Halluzinationen noch charakteristisch, daß sie beim Kranken mit keinem (subjektiven) Zwanggefühl verbunden sind, da der Halluzinant von der Realität der sich ihm vorstellenden Bilder oder Stimmen überzeugt ist, während in unserem Fall die Pat. an den Inhalt der bei ihr auftretenden Sinnestäuschungen nicht glaubt. Die Halluzinationen werden somit in unserem Fall nicht dem Gesamtbewußtsein, dem „Ich“ der Kranken assimiliert; bei ihr entsteht daher das Gefühl, daß die Sinnestäuschung sich ihr gegen ihren Willen aufdrängt.

Also sehen wir, daß die Halluzinationen in unserem Falle von den echten Sinnestäuschungen sich dadurch unterscheiden, daß ihnen der Charakter der Objektivität mangelt, und daß sie nicht mit der Überzeugung von ihrer Realität verbunden sind. Andererseits haben sie alle Merkmale von Zwangserscheinungen: dem Halluzinierenden fehlt das affektive Element, während bei ihm klares Bewußtsein, Krankheiteinsicht und ein Zwanggefühl (in bezug auf die Halluzinationen) vorhanden ist.

Wie sind die Halluzinationen in unserem Fall entstanden? Sie entwickelten sich bei unserer Kranken seit ihrer Beschäftigung mit dem Spiritismus, der auf sie eine starke Wirkung ausübte. Während der Sitzungen bewegten sich alle Gegenstände, es zeigten sich Geister,



Stimmen wurden gehört; es wurde der Kranken ganz unheimlich. Zu dieser Zeit also bestanden bei Pat. zweifellos echte Halluzinationen im eigentlichen Sinne des Wortes. Später, als sie den Spiritismus aufgab, wurde bei ihr das Halluzinieren zur Gewohnheit: sobald sie einen Gegenstand oder einen Menschen fest ansah, so erschien ihr Verschiedenes daran, wenn sie auch von der Irrealität dieser Erscheinungen überzeugt war.

Fall II. — Anna Al, 30 Jahre alt, trat zum erstenmal in die Tambowsche Irrenanstalt ein den 15. Juli 1904.

Bei der Aufnahme besonnen, gut orientiert über Ort, Zeit und Umgebung; klagt darüber, daß in ihr die Gedanken gegen ihren Willen und gleichsam ohne ihr Wissen sprechen; diese Gedanken seien meistens gotteslästerlicher Natur und immer den Worten und Gedanken entgegengesetzt, die sie ausspreche oder denke. So höre sie beim Vorlesen des Gebetes gleichsam die Frage: „wer ist dein Gott?" und sogleich die Antwort: „der Teufel". — Ähnliche Klagen äußerte die Kranke in der Folgezeit stets, war besonnen, zeigte keine Urteilschwäche und keine intellektuellen Defekte überhaupt, sprach über alles logisch und zusammenhängend. — Der physische Status zeigte keine Abweichung von der Norm.

Anamnestisch teilten ihre Verwandten mit, daß Vater und Onkel Alkoholiker waren. Lues und Alkoholismus wurden bei der Kranken negiert. Die Krankheit begann April 1904 nach einem Streit mit ihrem Schwiegervater.

Pat. berichtet über den Beginn der Krankheit: Seit ihrer Verheiratung habe der Schwiegervater sie schlecht behandelt, sie aber dessen Angriffe geduldig ertragen. Endlich brachte ein Vorfall sie außer sich. Vor 1½ Jahren verfluchte ihr Schwiegervater bei einem Streite ihr Kind; erzürnt, nannte sie ihn „Hund". Er war darüber sehr ungehalten und sagte, er werde ihr keine Erbschaft hinterlassen. Sie hätte schweigen sollen; antwortete aber, sie werde zu Gott in den Himmel gehen und sich alles nehmen. Kurze Zeit darauf hörte sie plötzlich einmal nachts, als sie mit offenen Augen im Bette lag, eine Stimme: „Betest zu deinem Gott?" Darauf antwortete sie: „Sollte ich denn zu den Schweinen beten?" Damit habe sie sich sehr geschadet. Seit dieser Zeit begann bei ihr die Angst. In der ersten Fastenwoche vorigen Jahres beichtete sie, wollte auch in der zweiten beichten, ging aber plötzlich aus der Beichte fort, ohne kommuniziert zu haben. Warum sie dies getan, wisse sie nicht. Nachher hörte sie wieder eine Stimme, ob sie kommuniziert habe, und als sie dies verneinte, kam die Antwort: „du Hund!" Sie meinte, daß diese Stimme von Gott sein müsse, da Menschen nicht unsichtbar sein können. Seit dieser Zeit höre sie immerwährend Tag und Nacht Stimmen, die ihr sagen: „Gehe in den Himmel; hier hast du keinen Gott", und dann: „du Teufel!", „du Hund!". — Es sei immer schlimmer und schlimmer ge-



worden. Wollte sie z. B. ihr geliebtes Kind liebkosen und setzte es neben sich, so mußte sie es plötzlich gegen ihren Willen schelten und ihm fluchen. 6. 8. 1904 wurde die Kranke in unverändertem Zustande von den Verwandten nach Hause genommen. — Zum zweitenmal trat sie in die Anstalt ein den 7. 12. 1904 in gleichem Zustand, wie beim erstenmal. Während ihres zweiten Aufenthaltes ging sie meistens in der Abteilung auf und ab, klagte über Stimmen, die ihr beständig dasselbe zuriefen: „gehe in den Himmel; hier hast du deinen Gott nicht", „du Hund!", „du Teufel!". Den 16. April 1905 wurde sie ungebessert vom Manne nach Hause genommen. — Auf unsere Anfrage beim Manne (Mai 1909) teilte uns dieser mit, Anna Al. sei ein Jahr nach dem Austritt aus der Anstalt gestorben, ohne psychisch gebessert worden zu sein.

In diesem Fall haben wir eine Zwangsneurose, in der hauptsächlich Zwangshalluzinationen hervortreten. Die Kranke hörte bis zu ihrem Tode die gleichen Stimmen einförmigen Charakters: „du Hund!", „du Teufel!", „gehe in den Himmel; hier hast du deinen Gott nicht." In bezug auf diese Stimmen hatte sie Krankheiteinsicht und fühlte das Sich-Aufdrängen derselben: Gedanken sprächen in ihrem Innern gegen ihren Willen und ohne ihr Wissen, und zwar seien sie den Worten und Gedanken entgegengesetzt, die sie selber ausspreche oder denke.

Ebenso wie im vorigen sind auch in diesem Fall die Zwangshalluzinationen aus Sinnestäuschungen entstanden, die ursprünglich den Charakter der Realität besaßen und sich nachher in zwangmäßige verwandelten, indem sie das affektive Element verloren. So bekam hier die Kranke nach einem Streit mit ihrem Schwiegervater echte Halluzinationen, die sie durch ihre Wirklichkeit in Schrecken versetzten. Diese Sinnestäuschungen wurden dann einförmig und wiederholten sich mechanisch unaufhörlich, Tag wie Nacht, trotzdem die Kranke aufhörte, an die Wirklichkeit derselben zu glauben.

Wir sehen somit bei dieser Pat. die gleiche Krankheiteinsicht in bezug auf ihre Halluzinationen, das Vorhandensein des gleichen subjektiven Zwanggefühls, das gleiche Fehlen des affektiven Elementes, wie im vorigen Falle.

Fall III. — Barbara B., 35 J. alt, ledig, trat am 9. Juni 1909 in die Tambowsche Irrenanstalt ein.

Beim Eintritt besonnen, klar, etwas deprimiert. Blasse, magere Person. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf Lichteinfall und Akkomodation. Patellarreflexe normal. Zunge zittert nicht.

Zu Beginn ihres Anstaltaufenthalts erzählte die Patientin über ihr Vorleben und ihre Krankheit folgendes: Vater nervös, starb vor 15



Jahren; Mutter starb, als Pat. 4 J. alt. Pat. lebte dann bei ihrer Tante, die sie sehr liebte und die vor 3 J. starb. Mit 16 J. machte sie Unterleibstyphus durch, nach welchem sich bei ihr eine Nervenschwäche entwickelte, die einige Monate dauerte. — Von Jugend auf habe sie eine Furcht vor Männern, die sie vom Heiraten abhielt. Besonders steigerte sich diese Furcht, als vor 9 J. der Bruder ihr ein Haus zu bauen begann und einen Kaufmann, Herrn Taldykin, beauftragte, den Bau zu beaufsichtigen. Trotzdem dieser Herr über 60 J. alt war, hatte er Frauen sehr gerne und suchte Pat. zu überreden, ihn zu heiraten oder ohne Heirat mit ihm geschlechtlich zu verkehren. Da sie darauf nicht einging, habe er sich vorgenommen, ihr das Leben zu verbittern. Sie leide schon seit mehreren J. an nervösen Beschwerden (Schlaflosigkeit, Reizbarkeit u. dgl.), habe sich von vielen Ärzten behandeln lassen. Seit 1½ J. höre sie Stimmen und habe Visionen, nachdem ein Mann abends, als sie allein im Zimmer war, zu ihr eingedrungen war und sie erschreckt hatte. Sie fürchtete seitdem allein im Zimmer zu bleiben, da sie beim Alleinsein Männer sah, die ihr von geschlechtlichem Verkehr sprachen. Die Stimmen und Bilder nahmen immer mehr zu. Als sie dann im Hause des Taldykin in Gegenwart des Arztes, Dr. *R.*, von einer Frau zweimal hypnotisiert worden war, seien die Halluzinationen unerträglich geworden. Meistens sah und hörte sie Stimmen von Herrn Taldykin, der ihr drohte, sie zugrunde zu richten. Manchmal sah sie auch den Dr. *R.* vor ihrem Bette stehen, der alles bestätigte, was Taldykin sprach. Zuweilen hörte sie eine Stimme und sah bald darauf das Bild, das dem Inhalt der Stimme entsprach. Z. B. hörte sie, sie werde in einem Kessel gekocht werden, und sah nachher den Kessel, in dem sie gekocht wurde. Oder sie hörte, sie werde in einer Flamme brennen, und sah gleich nachher die Flamme und sich selber drin. Kein Mensch aber außer ihr hörte diese Stimme oder sah diese Flamme; auch sie selber besichtigte und betastete ihren ganzen Körper und fand ihn unversehrt; sie überzeugte sich dann, daß diese Vorstellungen unrichtig wären. Ein anderes Mal, als sie mit offenen Augen im Bette lag, hörte sie, sie werde in den Sarg gelegt werden, und da verwandelte sich das Bett in einen Sarg, in dem sie lag; bald hörte sie, sie werde auferstehen; dies schien ihr aber ohne weiteres unrichtig, da sie doch als sterblicher Mensch nicht auferstehen könne.

14. VI. — Klagt, daß sie den Taldykin hier fast beständig sehe, besonders nachts, wenn sie allein sei; sie sehe ihn fast wie lebendig, wenn auch schattenhaft, höre ihn zu ihr sprechen, sie werde getötet, in Stücke zerschnitten, geschlechtlich vergewaltigt, in siedendem Wasser gekocht werden usw.

Hörte heute früh während des Betens eine Stimme „Bete nicht". Sie bekreuzigte sich und sagte „Gott möge auferstehen"; da verschwand die Stimme und sie konnte das Gebet fortsetzen. Überhaupt verschwänden die Stimmen und Visionen, wenn sie ausspucke, sich bekreuzige und sage



„Verschwinde, Verfluchter" oder „Gott möge auferstehen". Manchmal aber, wenn sie in großer Aufregung sei, helfe dies alles nichts; sie lege sich dann ins Bett, mache fest die Augen zu und verstopfe sich die Ohren, da dies die Visionen und Stimmen verscheuche.

Äußerte der Oberwärterin die Befürchtung, es könnten Männer in die Anstalt eindringen. Als man sie gestern ins Besuchzimmer führen wollte, fürchtete sie, die Wärterin werde sie den Bauern zum geschlechtlichen Mißbrauch hingeben; sagte dies aber mit lächelnder Miene und ging ins Besuchzimmer. — Sie spricht auch mit dem Abteilungsarzt im Untersuchungzimmer oder auf der Abteilung nur dann, wenn eine Wärterin oder eine Kranke neben ihr steht, die sie lächelnd als ihren „Schutz" bezeichnet.

Früher habe sie noch andere Befürchtungen gehabt: allein abends in den Hof hinauszugehen, Furcht vor Katzen, Hunden usw.

Pat. zeigt sonst keine Wahnideen, keine negativistischen Erscheinungen, keinen Schwachsinn, hat ein gutes Gedächtnis, spricht zusammenhängend, benimmt sich geordnet, das Bewußtsein ist klar. Klagt öfters über verschiedene Schmerzen hypochondrischer Natur in den Händen, Beinen, am Rücken, über Zittern, über Kopfschwindel, über die Unmöglichkeit die Gedanken zu konzentrieren, so daß sie weder lesen noch schreiben könne.

Wie uns ein sie früher behandelnder Arzt, Direktor des Kurhauses in Lipetzk, Dr. *Bor.*, mitteilte, ist Pat. bei ihm in den Sommermonaten der Jahre 1906 und 1907 in Behandlung gewesen. Sie habe an Symptomen einer Hysteroneurasthenie gelitten (einzelne Schmerzpunkte an den verschiedenen Körperstellen, Kopfschwindel, allgemeine Schwäche, Schlaflosigkeit, Schreckhaftigkeit). Halluzinationen habe sie damals nicht gehabt.

17. VI. — Gestern sah sie nachts den Dr. *R.* vor ihrem Bett stehen, was sie für Unsinn hält, da Dr. *R.* ein vielbeschäftigter Arzt in Lipetzk sei und keine Zeit habe, hierher zu kommen, besonders nachts. Überhaupt sei sie hauptsächlich nachts von den Visionen und Stimmen geplagt und schlafe deshalb nachts schlecht. — Heute erwachte sie um 6 Uhr morgens, sah den Taldykin neben ihrem Bett; der sprach zu ihr, es werde ihr der Kopf mit Nägeln eingeschlagen, sie werde gekreuzigt werden. Dachte sich dabei, was das für ein Unsinn sei, sie sei doch nicht der Heiland, daß sie gekreuzigt werden sollte; sie las ein Gebet vor, und das Bild sowie die Stimme verschwanden, und sie schlief dann bis 10 Uhr morgens. — Nachts schien ihr der Abteilungsarzt, der die Abteilung durchging, die Absicht zu haben, sie zu schlagen oder an ihr Schlechtes zu begehen. Nachmittags hörte sie heute, der kleine Finger an der rechten Hand werde ihr abgeschnitten werden, und gleich darauf sah sie den Finger abgeschnitten; wußte, daß das absurd sei, betastete aber doch die Hand und überzeugte sich, daß alle Finger unversehrt seien.



18. VI. — Schlief nachts nicht wegen der Visionen und Stimmen, die ihr, wie gewöhnlich, sagten, sie müsse getötet, auf den Pfahl gesetzt werden usw. — Der wachhabende Arzt schien ihr beim Durchgehen nachts durch die Abteilung mit der Faust zu drohen. — Hörte heute aus der Unterhaltung der Wärterinnen untereinander heraus, sie müsse hingerichtet werden; meinte, das sei doch Unsinn, da sie keine Verbrecherin sei.

20. VI. — Sieht fast täglich den Taldykin. Heute spät nachts sah sie auch den Abteilungsarzt vor ihrem Bette stehen, was sie sogleich als Unsinn erkannte. Für ebenso unsinnig hält sie die Stimme, die ihr heute sagte, man werde sie unter den Tisch des ärztlichen Untersuchungzimmers hinwerfen.

24. VI. — Heute sehr schlecht gelaunt, weint viel, wird dadurch beunruhigt, daß sie seit langer Zeit keine Nachricht von der Schwester erhalten hat. Wohin sie blickt, überall sieht sie den Taldykin.

25. VI. — Hörte die Stimme des Taldykin, der ihr sagte, sie werde auf die Männerabteilung zur Vergewaltigung hingeworfen werden. Sagt das lächelnd. Weiß, daß das unrichtig ist.

26. VI. — Heute sah sie, währenddem sie mit anderen Kranken zusammensaß, den Taldykin und den Bischof; der letztere sei zu ihr gekommen, um die Beichte zu hören; sie fing sogar an, mit demselben sich zu unterhalten; als sie von einer anderen Kranken gefragt wurde, mit wem sie spreche, verschwanden sofort die Visionen. Sagt, daß bei ihr überhaupt die Stimmen und Bilder schwinden, sobald sie von anderen Leuten gestört werde.

29. VI. — Heute nacht sah sie vor ihrem Bette den Taldykin zusammen mit ihrer Schwester stehen; Taldykin habe die Schwester fast erstickt. Sie sah auch den Abteilungsarzt, der an ihr verschiedene Gräuel in geschlechtlicher Beziehung ausführte, was ja ganz sinnlos sei. Für ebenso unsinnig hält sie es, daß sie hier den Bischof gesehen; am albernsten aber sei, daß sie hier sogar den Gouverneur sah, den sie gar nicht kenne und der gesagt habe, sie müsse festgenommen werden. Unmöglich sei auch, daß Taldykin hier so oft erscheine und mit ihr spreche, wenn sie auch wisse, daß er ein schlechter Mensch sei.

30. VI. — Heute sah sie den Taldykin, der sie am Halse packte und würgte; meint aber, daß das eher Halskrämpfe seien. Um sich zu überzeugen, daß die Erscheinung Taldykins auf Einbildung beruhe, erhebe sie die Hand mit dem Vorsatz, eine Ohrfeige zu geben; wenn sie dabei nicht das Gefühl bekomme, wie wenn sie einen lebendigen Körper berühre, so sei sie sicher, daß die Erscheinung keine Wirklichkeit, sondern Gespenst sei. — Sie gibt an, in der Wanne manchmal Katzen, Schlangen, Vögel u. dgl. zu sehen. In diesem Falle fahre sie mit den Händen an die Stelle der Wanne, wo sich ihr irgend etwas zeige, und überzeuge sich so, daß dies Alles in Wirklichkeit nicht existiere. Auch in den Speisen erscheinen ihr manchmal solche Dinge.





Erzählt, daß sie in der Schrift über der Tür des Untersuchungzimmers: „Ärztezimmer", als sie zum erstenmal dorthin geführt wurde, mit großen Lettern geschrieben sah: „Du wirst deinem Schicksal nicht entrinnen." In der Überschrift der Krankengeschichte, die ihr vorgezeigt wurde, sah sie auch alle möglichen schrecklichen Dinge geschrieben, die gar nicht drin waren. — Den Arzt habe sie die erste Zeit gefürchtet, weil er ihr als ein gewaltiger Riese vorkam, trotzdem derselbe ziemlich klein ist. Das Gleiche geschah ihr in der ersten Zeit mit der Oberwärterin. Sie hält dies Alles für krankhaft, meint aber, sie werde ihr ganzes Leben lang Stimmen hören und Bilder sehen und werde niemals von diesen Erscheinungen geheilt werden. Bittet den Arzt, er möchte ihr suggerieren, daß sie sich keine Stimmen und keine Gesichtserscheinungen einbilde.

Sagt, es treten bei ihr auch unsinnige Gedanken auf, wie z. B. auf den Wipfel des Baumes sich zu setzen, aus dem Fenster herauszuspringen, das ja doch vergittert sei, sich das Leben zu nehmen.

2. VII. — Hat heute Schnupfen. Fürchtet, es möchte daraus Lungenentzündung entstehen, an der sie schließlich sterben könne.

8. VII. — Pat. freut sich, daß sie zwei Tage lang keine Halluzinationen hatte und daß sie gut schlief. Überhaupt sind bei ihr die Halluzinationen nach schlaflosen Nächten stärker; wenn sie aber besser schläft, so hört sie weniger Stimmen oder gar keine.

11. VII. — Sah nachts den Taldykin und eine ganze Soldatenkompagnie in der Abteilung, hält das aber für den reinsten Unsinn.

13. VII. — Sah heute morgen den Taldykin, der ihr sagte, sie werde hier noch 10 Jahre lang bleiben; sagt es scherzend und mit lächelnder Miene und meint, es sei doch lächerlich, da sie in 14 Tagen die Anstalt verlasse.

Klagt über Brustschmerzen, über ein Rollen und Trockenheit im Halse, was sie als Folge des Schnupfens ansieht. Im Bade könne sie nicht länger als 20 Minuten sitzen bleiben, sie bekomme sonst Herzklopfen. — Manchmal habe sie im Halse das Gefühl vom Aufsteigen einer Kugel gehabt.

15. VII. — Heute morgens sah sie beim Aufstehen, wie die Wärterinnen in der Abteilung alle 4 Öfen heizten, was ja unmöglich bei der Sommerhitze habe geschehen können; neben einer Wärterin habe Taldykin gestanden und der Pat. gesagt, die Öfen würden geheizt, um sie zu verbrennen.

21. VII. — Sah heute nacht eine in Stücke zerschnittene Leiche und die Schwester mit abgehauenem Kopfe. Sah auch verschiedene Tiere. — Die Kranke gibt bestimmt an, es plage sie nicht der Inhalt dessen, was sie sieht oder hört, sondern es quält sie der Umstand, daß sie sehen und hören müsse, was andere Leute gar nicht sehen oder



hören, was in der Wirklichkeit gar nicht existiere. — Im übrigen bewahrt Pat. das gleiche besonnene, geordnete Verhalten.

1. VIII. — Der gleiche Zustand.

Dieser Fall ist schwieriger zu deuten, als die vorigen. Zunächst ist hier unklar, wie die zahlreichen Halluzinationen zu erklären sind. Sind es echte Halluzinationen oder Zwangshalluzinationen, und im letzteren Falle, sind es primäre oder sekundäre Zwangshalluzinationen? Was die erste Frage betrifft, so ist als erstes Merkmal dieser Sinnestäuschungen die Unklarheit, Verschwommenheit, Schattenhaftigkeit derselben zu bezeichnen. So sieht Pat. den Taldykin, den Dr. *R.*, den Abteilungsarzt nur schattenhaft; ebenso undeutlich sind die Tiere, Ratten, Frösche, Käfer usw., die sie in der Wanne, in den Speisen und im Zimmer sieht. Der Abteilungsarzt, die Oberwärterin usw. werden phantastisch zu Riesengestalten umgedeutet. Als helle phantastische Bilder müssen auch die Gesichtserscheinungen vom Bischof oder gar vom Gouverneur bezeichnet werden. — Das gleiche phantastische Element ist auch in den Gehörstäuschungen, in den Gemeingefühlshalluzinationen (Würgen am Halse usw.) und in den negativen Halluzinationen (Verschwinden von Körperteilen, wie z. B. des Fingers) nicht zu verkennen. Diese Sinnestäuschungen entbehren also der Realität und sind eher Pseudohalluzinationen als reelle Halluzinationen, wie wir es auch besonders in unserem ersten Fall sahen. — Nun kommen Pseudohalluzinationen bei allen möglichen Psychosen, besonders im akuten Stadium vor, allein sie erscheinen in diesen Fällen dem Kranken in seinem getrübten Bewußtsein zwar in undeutlichen Umrissen, aber als glaubwürdig und tatsächlich existierend, und der Kranke mißt ihnen einen gewissen Sinn bei. Im vorliegenden Fall aber hält die Kranke dieselben für unsinnig, krankhaft, glaubt auch nicht an den Inhalt dessen, was sie sieht oder hört; was die Kranke quält, ist der Umstand, daß sie sehen und hören muß, was andere gar nicht sehen oder hören, und was sie selber als sinnlos anerkennt. Damit hängt auch zusammen, daß Pat. trotz der zahlreichen Halluzinationen klar und besonnen bleibt. Dann spricht der fast monotone, einförmige Inhalt sowohl der Gesichtstäuschungen (meistens des Taldykin, den Pat. fast täglich sieht), als auch der Gehörstäuschungen (vom Getötetwerden u. dgl.) für die affektlose Unterlage der Halluzinationen dieses Falles. — Somit wären sämtliche Kriterien gegeben,





um die Zwangsnatur der Sinnestäuschungen bei dieser Kranken festzustellen.

Zur Vervollständigung des Bildes sei hier noch erwähnt, daß die Kranke zur Abwehr von diesen Halluzinationen sich der gleichen sinnlosen Handgriffe bedient (der sog. Abwehrhandlungen), wie sie gewöhnlich bei den Zwangserscheinungen gebraucht werden, und wie wir sie bei Besprechung des ersten Falles kennzeichneten (sie bekreuzigt sich, liest verschiedene Sprüche vor, spuckt aus, hebt die Hand auf, um eine Ohrfeige zu geben, befühlt mit den Händen die Gegenstände, wo sie eine Halluzination zu sehen vermeint, wird durch Anreden von den Halluzinationen abgelenkt usw.).

Jetzt fragt es sich, ob diese Zwangshalluzinationen primäre oder sekundäre sind? Wie uns die Kranke angegeben hat, entstanden bei ihr die Sinnestäuschungen kurze Zeit, nachdem sie von einem Manne, der zu ihr abends ins Zimmer eindrang, stark erschreckt worden war. Besonders steigerten sich die Halluzinationen nach dem Hypnotisieren. Möglicherweise liegt noch der tiefere Grund der Entstehung der Sinnestäuschungen bei der Kranken in ihrer von Jugend auf eingewurzelten Furcht vor den Männern, von denen sie fürchtete vergewaltigt zu werden, Daraus könnte man schließen, daß die Halluzinationen sekundäre seien, die bei Phobien vorkommen, wie wir bereits aus der Literatur eine große Anzahl derselben angeführt haben. Nun versteht aber *Löwenfeld* seine sekundäre Zwangshalluzinationen im Sinne der „obsessions hallucinatoires“ von *Séglas*, wo die Halluzinationen sich an Zwangsvorstellungen anschließen. In unserem Fall aber sind die Halluzinationen ganz selbständig und begleiten keine Phobie oder irgendwelche andere psychopathologische Erscheinung. Auch sehen wir, daß sie sämtliche Charaktere einer Zwangserscheinung besitzen. Es müssen somit diese Sinnestäuschungen als primäre echte Zwangshalluzinationen bezeichnet werden.

Die andere Schwierigkeit dieses Falles liegt in diagnostischer Hinsicht. Die vielen Halluzinationen würden auf einen akuten Zustand hindeuten. Allein die Kranke ist, wie gesagt, trotz zahlreicher Sinnestäuschungen besonnen und klar, benimmt sich ganz geordnet, nur ist die Stimmung etwas gedrückt. Gedächtnis und Urteilkraft sind gut; in bezug auf die Halluzinationen besitzt Pat. Krankheiteinsicht; keine eigentlichen Wahnideen, kein Negativismus und über-



haupt keine Erscheinungen, die auf eine Psychose im engeren Sinne des Wortes hinweisen.

Manche Symptome sprechen für Hysterie, z. B. die Schmerzpunkte an den verschiedenen Körperstellen, das Gefühl des Aufsteigens einer Kugel im Halse. Allerdings fehlt hier der eigentliche hysterische Charakter mit den plötzlichen Stimmungschwankungen, mit der Neigung Aufsehen zu machen, zu übertreiben, zu lügen usw. — Nun kommen aber Züge hinzu, die bei Angstneurose vorkommen, wie z. B. die Furcht vor Männern und verschiedene andere Phobien, und dann noch Symptome, die einer Zwangsneurose eigen sind, wie z. B. die verschiedenen Zwangsideen (auf den Wipfel des Baumes sich zu setzen, aus dem Fenster herauszustürzen u. dgl.). Es fragt sich, ob die Hysterie hier als Grundzustand aufzufassen ist, auf deren Boden die Phobien und Zwangsvorstellungen aufgewachsen sind, oder ob hier ein Mischfall vorliegt? Ohne auf diese Frage näher einzugehen, bemerke ich in diesem Zusammenhang nur kurz, daß ich mich mit der ersten Annahme nicht befreunden kann, da es viele Hysterien gibt, die keine Phobien oder Zwangsvorstellungen aufweisen, andererseits typische Fälle von Angst- bzw. Zwangsneurose, die keine hysterischen Züge zeigen. Wenn aber tatsächlich Hysteriefälle vorkommen, bei denen auch Phobien bzw. Zwangserscheinungen vorhanden sind, so neige ich eher dazu, *Charcot*, *Möbius*, *Freud* u. a. beizustimmen, daß unter den Neurosen noch häufiger als typische Fälle kombinierte Formen vorkommen. Als Kombination von Hysterie mit Zwangs- und Angstneurose sehe ich auch den vorliegenden Fall an, bei dem die Zwangshalluzinationen und die Zwangsvorstellungen die Symptome der Zwangsneurose ausmachen.

Wir sehen also aus unseren Fällen, daß Zwangshalluzinationen tatsächlich vorkommen, da wir in ihnen alle Merkmale der Zwangserscheinungen wiederfanden. Aber weder die Einteilung von *Séglas* (in eigentliche Zwangshalluzinationen und halluzinatorische Obsessionen) noch die von *Löwenfeld* (in primäre und sekundäre Zwangshalluzinationen) erscheint zutreffend, da die sekundären Halluzinationen (bzw. die halluzinatorischen Obsessionen von *Séglas*) erstens sich nicht mit Zwangsvorstellungen, sondern mit Befürchtungsideen (Phobien) vergesellschaften und zweitens von keinem subjektiven Zwanggefühl beim Kranken begleitet werden, folglich nicht als,



zwangmäßig gelten können und somit aus der Reihe der Zwangshalluzinationen überhaupt gestrichen werden müssen; zwangmäßig sind nur jene Halluzinationen, die selbständig vorkommen, und die *Séglas* als eigentliche Zwangshalluzinationen und *Löwenfeld* als primäre Zwangshalluzinationen bezeichnet.

Was die klinische Bedeutung der Zwangshalluzinationen angeht, so behaupten bekanntlich *Falret* in Frankreich und *Westphal* und eine ganze Reihe deutscher Autoren, daß in das Krankheitbild der Zwangzustände keine Halluzinationen gehören, und nur *Pick*, *Löwenfeld* und in der letzten Zeit auch *Thomsen* und *Hoche* geben die Möglichkeit zu, daß beim Zwangsirresein auch Halluzinationen vorhanden sein können. Die meisten französischen Autoren (wie z. B. *Pitres* und *Régis*, *Raymond* und *Arnaud*, *Gimbal* u. a.) sind der Ansicht, daß bei einem und demselben Kranken sowohl Zwangserscheinungen als auch Halluzinationen existieren können.

Auf Grund unserer Fälle und des literarischen Materials können wir sagen, daß beim Zwangsirresein echte Halluzinationen (mit dem Charakter der Objektivität und Realität) sehr selten und nur episodisch vorkommen und jedenfalls für diese Erkrankung nicht charakteristisch sind. Andererseits müssen wir aber anerkennen, daß bei dieser Krankheitform neben anderen Zwangserscheinungen (Vorstellungen, Handlungen, Affekten) nicht selten auch Halluzinationen, die einen Zwangcharakter tragen (d. h. Zwangshalluzinationen) existieren; in manchen Fällen, wie z. B. in unserem Fall III, sind die Zwangshalluzinationen so zahlreich und stehen so im Vordergrunde des Krankheitbildes, daß man hier von einer Zwangshalluzinose sprechen könnte.

Eine Reihe von Autoren, wie *Pierre Janet* u. a., behaupten, daß echte Zwangshalluzinationen nur bei Hysterischen vorkommen, während bei der Psychasthenie (wohin *Janet* alle Arten von Entartung rechnet) Pseudohalluzinationen oder symbolische Halluzinationen anzutreffen seien. Es ist zweifellos richtig, daß bei der Zwangsneurose (die *Janet* für eine Unterform seiner Psychasthenie hält und die er hier hauptsächlich im Auge hat) die Sinnestäuschungen keine reellen, sondern Pseudohalluzinationen sind. Nur meine ich, daß dieser Mangel an Realität, der der Pseudohalluzination eigentümlich ist, ein wichtiges Merkmal der Zwangshalluzination ausmacht. Tritt



demnach die Zwangshalluzination in der Form der Pseudohalluzination auf, so muß doch umgekehrt die Pseudohalluzination keineswegs immer Zwangshalluzination sein. Die Sinnestäuschungen aber (bzw. die Pseudohalluzinationen), die bei Zwangsneurose vorkommen, charakterisieren sich noch durch viele andere Merkmale als Zwangserscheinungen, und wir müssen sie daher als Zwangshalluzinationen anerkennen. — Bei Hysterie (und wir können hinzufügen: auch bei der Angstneurose) kommen wirklich echte Halluzinationen vor (mit dem Charakter der Realität und Objektivität); diese reellen Halluzinationen sind aber, wie wir sahen, nicht als zwangmäßig anzusehen. Freilich sind auch bei der Hysterie Zwangshalluzinationen anzutreffen, aber nur dann, wenn sie mit einer Zwangneurose kombiniert ist[1]).

Zusammenfassung. 1. Für das Zwangsirresein sind echte Halluzinationen nicht charakteristisch; doch kommen bei dieser Erkrankung neben anderen Zwangserscheinungen auch Zwangshalluzinationen vor, die alle Merkmale der Zwangzustände besitzen, d. h. es fehlt bei ihnen das affektive Element, der Kranke besitzt in bezug auf sie Krankheiteinsicht und Zwanggefühl und ist bei klarem Bewußtsein.

2. Die Einteilung der Zwangshalluzinationen in eigentliche Zwangshalluzinationen (hallucinations obsédantes) und in halluzinatorische Obsessionen (obsessions hallucinatoires) oder in primäre und sekundäre scheint mir nicht zutreffend zu sein, da die halluzinatorischen Obsessionen (bzw. sekundäre Halluzinationen nach *Löwenfeld*) zu den Zwangzuständen nicht gehören und nur die hallucinations obsédantes von *Séglas* (bzw. die primären Halluzinationen von *Löwenfeld*) als wirkliche Zwangshalluzinationen gelten können.

3. Bei der Hysterie und Angstneurose kommen keine Zwangshalluzinationen vor, sondern nur sekundäre Halluzinationen (nach *Löwenfeld*) bzw. obsessions hallucinatoires (nach *Séglas*), die aber zu den Zwangserscheinungen nicht gerechnet werden können.

[1]) *Janet* ist trotz richtiger Beobachtung zu seinem — unserer Ansicht nach falschen — Schluß nur deswegen gekommen, weil er die Zwangshalluzinationen mit den echten Halluzinationen identifiziert (indem er bei beiden von dem Vorhandensein oder Fehlen des Charakters der Realität und Objektivität ausgeht) und zu wenig Gewicht darauf legt, ob die betreffenden Halluzinationen bei den Kranken mit einem subjektiven Zwanggefühl verbunden sind oder nicht.



## Literatur.


1. *Séglas*, De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Annales médico-psycholog. 1892.
2. *Pierre Janet*, Les obsessions et la psychasthénie. Paris 1903.
3. *Pick, A.*, Über die Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Hallucinationen. Prager med. Wochenschrift. 1895.
4. *Gimbal*, Halluzination obsédante. Revue de psychiatrie 1906, Nr. 8, p. 327.
5. *Pitres, A.*, et *E. Régis*, Les obsessions et les impulsions. Paris 1902.
6. *Löwenfeld*, Über die psychischen Zwangserscheinungen. Wiesbaden 1904.
7. *Suchanow, S. A.*, Über halluzinatorische Zwangsvorstellungen und über Zwangshalluzinationen. Russki Wratsch, 1904, No. 45. (Russ.)
8. *Hoche, A.*, Ein Fall von Zwangshalluzination. Neurolog. Ztrbl. 1904, S. 1127.
9. *Thomsen*, Zur Klinik und Ätiologie der Zwangserscheinungen. Arch. f. Psych. Bd. 44, H. 1.
10. *Kutzinski*, Ein Fall von Zwangshalluzination (Demonstration). Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 66, 1909, S. 215.






# Über Simulation von Geisteskrankheit.

Von

Oberarzt Dr. **Schütte** in Osnabrück.

In den letzten Jahren sind in der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt mehrere Fälle von Simulation zur Untersuchung gekommen, die nach vielen Richtungen hin das Interesse erwecken und einer näheren Besprechung wert erscheinen. Die beiden ersten Beobachtungen betreffen Untersuchungsgefangene, deren weiteres Schicksal wir verfolgen konnten, die dritte einen nicht eigentlich kriminellen Mann, der aus anderen Gründen Geisteskrankheit simulierte.

Fall I. Der Landstreicher L., bereits mehrfach wegen Bettelns, Diebstahls und Unterschlagung vorbestraft, stand jetzt unter der Anklage des Meineides. Er hatte am 5. November 1908 in einem Bauernhause eine Uhr gestohlen und war verhaftet worden. Während er im Gefängnis saß, wurde er in der Sache eines Mitgefangenen, der einen Ausbruch versucht hatte, als Zeuge vernommen. Bei der Beeidigung, die sich auch auf die Richtigkeit der Personalien erstreckt, weigerte er sich zu schwören, da er geisteskrank sei. Da ihn aber der Gerichtsarzt als gesund begutachtete, wurde er zum Eide gedrängt und beschwor, obwohl ihm noch besondere Vorhalte gemacht waren, am 5. Januar 1909 seine Aussage. Nun erfolgte eine Anklage wegen Meineids, da ihm nachgewiesen werden konnte, daß er sich die Namen eines zurzeit in Hannover in Strafhaft befindlichen Arbeiters beigelegt hatte.

Aus den Akten geht hervor, daß L. vom 26. Januar 1907 bis 14. Februar 1908 in der Irrenanstalt zu H. gewesen ist und aus dem Arbeitshause dorthin überführt wurde. Seine damalige Geistesstörung wird als psychischer Verwirrtheitzustand bezeichnet. Er war zerfahren, affektlos und gleichgültig gegen seine Umgebung, gab sehr mangelhafte Auskunft und schwatzte ohne Sinn und Zusammenhang. In körperlicher Beziehung fiel eine starke Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit tiefer Nadelstiche auf. Gegen Ende des Aufenthaltes trat wesentliche Besserung ein. L. war geordnet, beschäftigte sich, gab aber noch etwas oberflächliche Antworten. Es wurde ihm damals schon nachgewiesen, daß er einen falschen Namen



führte, doch gelang es nicht, seine wahre Herkunft festzustellen. Nach seiner Entlassung aus H. hat sich L. in Tondern aufgehalten und ist hier wegen körperlicher Erkrankung im Krankenhause gewesen. Sein Verhalten fiel als sonderbar auf, er wurde aber für einen Simulanten erklärt und entlassen. In Tönning saß L. vom 27. 7.—16. 9. 08 im Gefängnis. Er war dort wegen Landstreichens verurteilt, außerdem war er wegen Führung eines falschen Namens und Beleidigung angeklagt, wurde aber nach § 51 StPO. freigesprochen. Ein ärztliches Gutachten ist damals nicht abgegeben, die Ansicht des Schöffengerichts stützte sich auf die Tatsache des früheren Aufenthalts des L. in der Irrenanstalt sowie auf sein Verhalten vor Gericht. Er gab damals bald richtige, bald gar keine Antworten. Den Blick starr zu Boden geheftet, stieß er ruckweise und mit den Armen gestikulierend die Worte heraus. Auch in Dänemark hat er ähnlich wie in Tondern und Tönning hervorgehoben, daß er geisteskrank sei, und betont, daß er an letzterem Orte aus diesem Grunde freigesprochen sei.

Ebenso hatte L. auch jetzt den Richter mehrfach auf seine angeblich bestehende Geistesstörung hingewiesen. Dem Gefängnispersonal war er in keiner Weise aufgefallen. L. wurde im Gefängnis von Herrn Sanitätsrat *Schneider* untersucht. Er zeigte eine gleichgültige resignierte Stimmung, aber keine krankhafte Affektlage. Sein Gedächtnis war gut, ebenso besaß er ein durchaus genügendes Urteil und Verständnis. Die körperliche Untersuchung ergab kein besonderes Resultat, die in H. beobachtete Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit bestand nicht mehr. L. gab anfangs nur ein ganz allgemeines Krankheitgefühl an, dann aber ganz genau präzisierte Symptome. Er habe noch kürzlich an „Größen- und Verfolgungsideen" gelitten; diese seien allerdings jetzt verschwunden, doch höre er noch ab und an Stimmen. Später ließ er diese Behauptungen fallen und erwähnte sie nicht mehr. Anzeichen einer psychischen Störung ließen sich nicht nachweisen, nur eine gewisse geistige Minderwertigkeit konnte angenommen werden. Dagegen hielt L. nach wie vor hartnäckig daran fest, daß er seinen richtigen Namen genannt habe.

Es kam nun am 13. März 1909 zur Verhandlung vor dem Schwurgericht. An diesem Tage zeigte L. ein gänzlich anderes Verhalten als zur Zeit der ersten Beobachtung. Er kniff die Augen zu und grimassierte viel oder starrte vor sich hin. Trotz aller Bemühungen gab er überhaupt keine Antwort und reagierte nur einmal mit einem lauten, drohenden Ausruf. Er erschien völlig geistesabwesend und hörte und begriff anscheinend nichts. Sein Benehmen erweckte den Verdacht der Simulation, es wurde daher die Beobachtung des L. in der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt beantragt. Der als Zeuge vernommene Gefängniswärter gab an, daß sich das Verhalten des L. nach der ärztlichen Untersuchung im Gefängnis insofern geändert habe, als er in der Arbeit deutlich nachgelassen habe.



Vom 20. März bis 1. Mai 1909 war L. in der Anstalt. Er zeigte während des bei weitem größten Teiles seines Aufenthaltes ein abweisendes Verhalten, lag vielfach ganz unter der Bettdecke verborgen und beantwortete die an ihn gerichteten Fragen meist gar nicht, oder auch verkehrt, immer aber ganz kurz und gleichgültig. Eine Unterhaltung war meist nicht möglich. Es fiel aber bald auf, daß er Journale und Zeitungen las, sich auch aus der Anstaltbibliothek Romane geben ließ und in denselben las. Ferner wurde häufiger bemerkt, daß er unter der Bettdecke herauslugte und seine Umgebung beobachtete. Sehr beachtenswert war, daß L. an mehreren aufeinander folgenden Tagen ganz abweichend von seinem sonstigen Verhalten sich zugänglich zeigte, klare Antworten gab und sich sowohl über seine augenblickliche Lage als auch die Zeit vorher als durchaus orientiert erwies. So wurde er am 7. 4. 09 aufrecht im Bette sitzend angetroffen; er äußerte, daß er jetzt über seine Gesundheit nicht zu klagen habe, vorher sei es ihm schlecht ergangen, er sei wohl melancholisch gewesen, jetzt wolle er gern wieder auf die Wanderschaft. Zwei Tage später war L. ebenfalls zugänglich und gab auf Fragen bereitwillig Auskunft. Er sei vor 14 Tagen, am 20. März, durch zwei Kriminalbeamte hierhergebracht wegen angeblicher Geisteskrankheit, sein Wunsch sei es nicht gewesen, er müsse sich aber fügen. In der Gerichtsverhandlung habe der Präsident gesagt: „Vertagung, Heil- und Pflegeanstalt". Als Zeugen seien der Assessor, der andere L. und dessen Mutter, ein Gefangenen-Aufseher, außerdem der Medizinalrat und Sanitätsrat *Schneider* vernommen. Der Assessor habe eine lange Rede gehalten, deren Inhalt er nicht mehr wisse. Frau L. habe wohl ihren Sohn anerkennen sollen. In der Zeit vor der Verhandlung habe er mit der Arbeit nachgelassen, weil er zu schwach gewesen sei, das Marmorschleifen sei sehr anstrengend.

An einem anderen Tage gab er in derselben Weise gute Auskunft über die Verhältnisse und den Arbeitverdienst im Gefängnis. Zuletzt habe er weniger verdient, weil er zu schwach gewesen sei. Er bezog diese Schwäche nur auf sein körperliches Befinden, in nervöser und psychischer Beziehung wollte er damals keine Beschwerden gehabt haben. Am Tage darauf war L. wieder zurückhaltend, antwortete nicht mehr und gab auch das Lesen auf. Als ihm gestattet war aufzustehen, saß er stumpfsinnig in einer Ecke, ging im Garten umher, den Hut möglichst ins Gesicht geschoben, ohne sich um irgend jemanden zu kümmern. Von den Mahlzeiten ließ er häufig einige aus, aber immer nur die kleineren, die Hauptmahlzeiten hielt er regelmäßig inne. Sein Körpergewicht erhöhte sich während seines Aufenthaltes um ein Pfund. Sonst zeigte er sich als folgsam, geriet in keine Konflikte und fügte sich der Hausordnung. Gegen das Ende seines Aufenthaltes wurde er immer weniger zugänglich, gab keine Antworten mehr und erwiderte auch die an ihn gerichtete Begrüßung nur äußerst selten. Als er abgeholt wurde, gab er auf Fragen an, daß er 6 Wochen hier gewesen sei und im Gefängnis noch einige Utensilien liegen

habe. Weiter war aber nichts aus ihm herauszubekommen, er tat nun, als ob er nichts mehr höre und verstehe. Die körperliche Untersuchung ergab keine Besonderheiten, eine genauere Prüfung der Sensibilität war bei dem Verhalten des L. ganz unmöglich.

Obwohl der Verdacht der Simulation außerordentlich nahelag, so ließ sich doch eine Geistesstörung nicht mit Sicherheit ausschließen. Das Krankheitbild entsprach zwar in der Hauptsache dem des Blödsinns, doch stand dieser Annahme schon das Verhalten des L. in der Zeit vom 7. bis 11. April entgegen, als er mit verblüffender Klarheit über allerlei Vorgänge aus der Zeit Auskunft gab, in welcher er anscheinend vollkommen geistesabwesend gewesen war.

So kam das Gutachten des Herrn Sanitätsrats *Schneider* nicht zu einem sicheren Ergebnis, zugleich aber wurde eine erneute Untersuchung kurz vor dem Schwurgerichtstermin empfohlen, da eine Simulation wahrscheinlich erschien.

Im Gefängnis zeigte L. nun weiter nach den mir freundlichst gegebenen Schilderungen des Herrn Medizinalrats Dr. *Rump* ein sehr stumpfes, gleichgültiges Benehmen. Er stand stundenlang an der Wand, stierte vor sich hin und antwortete nicht auf Fragen. Höchstens gab er einen pfeifenden Ton von sich und nannte auf Befragen seinen Namen. Auch seinen Mitgefangenen gegenüber, die ihn beobachten sollten, fiel L. nicht aus der Rolle. Es wurde auch der Versuch gemacht, den L. durch einen als Verbrecher verkleideten Kriminalbeamten, der Anknüpfungsversuche machte, zu entlarven, aber vergebens, L. verharrte bei seinem Verhalten. Es fiel nur auf, daß er gelegentlich ein pfiffiges Gesicht machte und manche Vorgänge in seiner Umgebung mit größerer Aufmerksamkeit verfolgte, als seinem sonstigen Verhalten entsprach. So steckte er einmal eine Vorladung, die ihm überreicht wurde, ungelesen in die Tasche, äußerte aber nachher plötzlich, als der Aufseher sie ihm fortnehmen wollte: „Das ist doch meine Vorladung." Ferner wies er ein Buch mit der Bemerkung zurück, daß er es schon gelesen habe. Seit dieser Zeit gab L. wenigstens das katatonische Benehmen auf, verharrte aber nach wie vor im Schweigen. Schließlich wurde ihm von dem Gerichtsarzt mitgeteilt, daß man ihn für einen Simulanten halte; bei einer gleich darauf unbemerkt vorgenommenen Beobachtung des L. wurde bemerkt, daß er eine gänzlich veränderte Miene zeigte, vor sich hin lächelte, sich Salz zu seinem Brote aus dem Schranke holte und in seinen ganzen Bewegungen und seinem Auftreten ein völlig verändertes Bild bot. In der Verhandlung versuchte L. zunächst auch den gänzlich verblödeten Menschen zu spielen, lachte vor sich hin und gab keine Antwort, er änderte aber sein Verhalten gleich, nachdem die Sachverständigen ihr Gutachten abgegeben hatten, und erschien am folgenden Tage als ganz normaler Mensch, arbeitete, nannte seinen richtigen Namen, war gut orientiert und zeigte ein gleichmäßiges Wesen. Er wurde am 21. Juni 1909 wegen Meineids zu einer Zuchthausstrafe von einem Jahre

verurteilt. Er blieb dann, da noch ein weiteres Verfahren gegen ihn schwebte, zunächst im hiesigen Gefängnis und hielt sich andauernd gut. Am 9. 9. 09 wurde er wegen Diebstahls, Unterschlagung und Vergehens gegen § 271 StGB. zu einer weiteren Zuchthausstrafe von 13 Monaten verurteilt und am 27. 9. 09 in die Strafanstalt eingeliefert. Anfang Dezember, also nach wenig mehr als zwei Monaten fiel er durch sein verwirrtes Wesen auf, am 14. drehte er seine Lampe so hoch, daß die Zelle voll Rauch war, schwärzte sich das Gesicht mit Ruß und brannte sich die Kopfhaare an. Auf Fragen gab er keine Antwort, er verweigerte die Nahrungaufnahme und lag in zusammengekauerter Haltung in seinem Bette. Die Schmerzempfindung war herabgesetzt, die Sehnenreflexe gesteigert. Am 13. 1. 10 wurde L. aus dem Lazarett auf die Irrenabteilung übernommen. Hier zeigte er nach wie vor ein stumpfes, gleichgültiges Verhalten, lag meist unter der Bettdecke, führte Selbstgespräche und grimassierte. Dabei näßte er ein, schmierte mit Kot und verweigerte lange die Nahrung. Er bot nach dem Gutachten des Anstaltarztes die Erscheinungen der Flexibilitas cerea, des Negativismus und der Befehlsautomatie dar. Sein Vorstellungsablauf war hochgradig gehemmt und durchweg sogar völlig aufgehoben; die Aufmerksamkeit erheblich herabgesetzt, die Stimmung völlig stumpf und indifferent, und der intellektuelle Besitzstand so dürftig, daß er infolge völliger Verblödung des Patienten der geistigen Nullität gleich zu erachten war. Die Diagnose lautete „stuporöse Form der Katatonie“. Da er voraussichtlich dauernd strafvollzugunfähig sein werde, so wurde beantragt, ihn aus dem Strafvollzuge zu entlassen und einer öffentlichen Irrenanstalt zu überweisen.

Dieser Fall bietet in vieler Hinsicht Interesse. Ein Vagabond legt sich auf Grund gestohlener Papiere einen falschen Namen zu, hat aber dabei schließlich das Mißgeschick, daß der wahre Eigentümer dieses Namens, ebenfalls ein vielbestrafter Gauner, sich gerade in den Händen der Gerichte befindet und in persona vorgeführt werden kann. Trotzdem gibt aber der Angeschuldigte sein Leugnen nicht auf. Unglücklicherweise wird er während seiner Haft auch noch in eine Ausbruchaffäre verwickelt und soll als Zeuge dienen. Nach langem Sträuben leistet er endlich den verlangten Schwur, der sich auch auf die Richtigkeit seiner Personalien bezieht, und begeht damit einen Meineid. Zweifellos hätte man besser getan, ihn nicht zu vereidigen, da doch von vornherein bekannt war, daß er einen falschen Namen führte, man hoffte aber wohl, daß er unter dem Druck des Eides seine wahre Abstammung enthüllen werde.

L. gehört zweifellos zu der Gruppe der Degenerierten, der geistig Minderwertigen. Er ist in den Jahren 1907/08 geistig erkrankt und fast

13 Monate in der Irrenanstalt zu H. gewesen. Damals zeigte er die Symptome des degenerativen Irreseins, ein starker Hang zur Übertreibung war deutlich erkennbar. In der Folge hat L., wie so mancher seiner Leidensgenossen, sich auch die mehr und mehr in den Kreisen der Richter verbreiteten psychiatrischen Anschauungen zunutze gemacht, um sich gelegentlich den Armen der Justiz zu entziehen. Er hat sich in der Irrenanstalt jedenfalls allerlei nützliche Kenntnisse angeeignet und die Tatsache, daß er bereits einmal geisteskrank gewesen ist, gründlich verwertet. An mehreren Orten wurde er auf Grund dieser Angaben außer Verfolgung gesetzt, und nur eine lange und mühsame Beobachtung konnte ihn jetzt um den Erfolg seiner Bemühungen bringen. Wie gut unterrichtet er war, beweist schon allein seine spontane Angabe, daß er noch vor kurzem an Größen- und Verfolgungsideen gelitten habe, eine Einsicht und Ausdrucksweise, die freilich ein wirklich Geisteskranker wohl schwerlich an den Tag legen würde. Jedenfalls aber hat L. sich so eine Methode zurechtgelegt, um seiner Bestrafung zu entgehen.

In der Anstalt benahm er sich wie ein Schwachsinniger, vermochte aber nicht diese Rolle auf die Dauer durchzuführen. Es fiel schon auf, daß er bei seinen Versuchen, die Nahrung zu verweigern, stets nur kleinere Mahlzeiten wie Frühstück aussuchte, mittags und abends dafür aber das Versäumte ausgiebig nachholte. Ferner las er Bücher wie „Der Eitelkeitsmarkt" von Thackeray und hatte anscheinend auch Verständnis für diese Lektüre. Ganz und gar nicht paßte zu diesem Krankheitbild der Umstand, daß L. zeitweise prompt antwortete und ein gutes Verständnis an den Tag legte. Aber immerhin blieb doch noch die Möglichkeit, daß sich eine reelle Geisteskrankheit hinter diesen Simulationsversuchen verbarg; und L. wäre wohl der Strafe entgangen, wenn nicht sein Verhalten in der Untersuchungshaft die Zweifel an seiner Geisteskrankheit so bestärkt hätte, daß eine Verurteilung erfolgen konnte. Der Erfolg war zunächst ein eklatanter. L. änderte sein Wesen vollkommen und konnte seine Strafe antreten. In der Strafanstalt ist er dann wieder erkrankt und zwar unter dem Bilde der Katatonie. Daß er wirklich völlig verblödet ist, halte ich für ausgeschlossen, nachdem er noch vor verhältnismäßig kurzer Zeit eine keineswegs verringerte Intelligenz an den Tag gelegt hat.





An der Beurteilung des L. kann auch die Tatsache, daß er jetzt im Zuchthaus wieder erkrankt ist, nichts ändern. Daß er vor seiner Verurteilung simuliert hat, ist außer Zweifel; der Satz, daß Simulation meist von geistig nicht ganz intakten Menschen versucht wird, trifft auch hier zu.

Daß diese Gruppe von Verbrechern den Gerichten sowohl wie den Irrenanstalten viel zu schaffen macht, ist leider oft genug erprobt. Werden sie auf Grund des § 51 freigesprochen, so besitzen sie einen Freibrief, unter dessen Schutze sie ihr Unwesen weiter zu treiben versuchen; man möchte beinahe sagen, sie „reisen auf ihre Geisteskrankheit". Werden sie verurteilt, so sind sie von der Gefahr einer Gefängnispsychose bedroht, oder auch sie unternehmen Simulationsversuche, um aus mannigfachen Gründen die Haft mit dem angenehmeren Leben in der Anstalt zu vertauschen. Da diese dem Grenzgebiete angehörende Menschenklasse schon so wie so viele pathologische Züge an sich trägt, so wird ihnen ihr Vorhaben nicht allzu schwer, so daß zwischen Irren- und Strafanstalt nicht selten ein edler Wettstreit entsteht, welche die würdigere zur Aufbewahrung eines solchen Verbrechers ist. Auch für diese beklagenswerte Tatsache kann ich ein Beispiel anführen, das seinerzeit in der hiesigen Stadt großes Aufsehen erregt und weitere Kreise des Publikums zu leidenschaftlichen Kontroversen getührt hat.

In O. kam in den Jahren 1901 bis 1906 eine große Reihe von Einbruchdiebstählen vor, ohne daß es gelang, den Täter festzustellen. Schließlich wurde am 20. August 1906 der Lokomotivführer N. morgens um 5 ¼ Uhr angetroffen, wie er in Uniform und Gummischuhen eine Ladenkasse beraubte. In der ersten Überraschung nannte er der Verkäuferin seinen richtigen Namen, leistete keinen Widerstand und gab das Geld heraus. Nach einer Stunde kehrte er zurück und bat unter Vorzeigung seiner Legitimation dringend, man möge ihn nicht anzeigen. Vor der Polizei wiederholte N. an demselben Tage sein Geständnis, erinnerte sich aller Einzelheiten und gab als Motiv gedrückte Lage infolge von Kränklichkeit seiner Frau an. Es stellte sich aber heraus, daß seine Frau nicht krank war, und daß er in durchaus auskömmlichen Verhältnissen lebte. Während N. anfangs nur einige Einbrüche zugab, legte er, als eine Haussuchung eine Menge von gestohlenen Gegenständen, die in einer Polterkammer und im Keller aufbewahrt waren, zutage förderte, ein umfassendes Geständnis ab. Es wurden ihm mindestens 44 gelungene und 21 versuchte Einbrüche nachgewiesen.



N. hatte alles mögliche gestohlen, er hatte Geld bevorzugt, aber auch Zigarren, Schmuckgegenstände, Zigaretten, Opernglas, Bücher, Briefmarken, Postkarten, Gedenkmünzen, Wäsche, Schokolade, Schnaps, Kämme, Käse und Eier mitgehen lassen.

Daß diese Tatsachen bei einem in geordneten Verhältnissen lebenden Beamten den Verdacht auf eine geistige Störung hervorriefen, erscheint nur natürlich. Die Erhebungen förderten aber nach dieser Richtung hin nur wenig Material zutage. N. war dem Werkstättenvorsteher nur durch ein eigentümlich träumerisches Wesen aufgefallen. In dienstlicher Beziehung leistete er das Verlangte, war aber etwas saumselig und mußte häufiger ermahnt werden. Bei energischer Zurechtweisung klappte er wie ein Waschlappen zusammen und versprach Besserung, änderte sich aber nicht. Er trank nicht und hatte wenig Umgang, galt aber nicht als Sonderling.

Die Schwester des N. gab an, daß sie selbst an Schwindelanfällen und heftigen Kopfschmerzen beim Bücken leide; außerdem ist sie sehr fromm und gehört einer Sekte an. Der Vater soll sehr sinnlich gewesen sein; die Mutter hat viel an Kopfschmerzen gelitten; eine Cousine des N. ist geisteskrank. Nach Aussage seiner Ehefrau war N. häufig verschlossen und unzugänglich und zeigte ein fades, gleichgültiges Benehmen. Anamnestisch konnte noch festgestellt werden, daß N. vor etwa 10 Jahren an Syphilis gelitten und auch seine Ehefrau infiziert hat. Dem behandelnden Arzte gegenüber soll er nach einiger Zeit ein scheues und ängstliches Wesen an den Tag gelegt haben.

Vom 29. 9. 06 bis 27. 10. 06 war N. in der hiesiegen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zur Beobachtung, das Gutachten wurde von Herrn Sanitätsrat *Schneider* erstattet und mir freundlichst zur Verfügung gestellt. Außer einem Herzfehler ergab die körperliche Untersuchung nur eine Herabsetzung des Gaumenreflexes, leichte Steigerung der Patellarsehnenreflexe und Dermographie. Degenerationzeichen fehlten. Subjektiv klagte N. anfangs über Kopfschmerzen, besonders in der rechten Hälfte des Kopfes, später gab er diese Beschwerden nicht mehr an. Im Beginn seines Aufenthaltes war der Schlaf sehr schlecht, später besser, außerdem bestand Herzklopfen, das durch den objektiven Befund am Herzen eine ausreichende Erklärung fand. N. lag oft lange Zeit unbeweglich und starrte vor sich hin, las aber täglich die Zeitung und später die Journale. Er benahm sich stets willig und korrekt, sprach nur das Nötige, antwortete aber bereitwillig auf Fragen. Nach seiner eigenen Schilderung hatte er eine ganz normale Entwicklung hinter sich. Er zeigte ein vorzügliches Gedächtnis, seinem Stande entsprechende Kenntnisse und ein gutes Urteil über allgemeine Angelegenheiten sowie seine jetzige Lage. Irgendwelche Umstände, die auf Wahnideen oder Sinnestäuschungen schließen ließen, wurden nicht beobachtet, ebensowenig Dämmerzustände oder Krämpfe. Bei der Schilderung seines Lebens brach N. regelmäßig in

heftiges Schluchzen und Weinen aus, ein Affekt, den man keinenfalls als krankhaft bezeichnen kann.

Was die Einbrüche anbetrifft, so glaubte N., oder wollte jedenfalls den Glauben erwecken, daß er bei der Begehung derselben nicht ganz zurechnungfähig gewesen sei. Er habe keine Ruhe und an nichts mehr Freude gehabt, weder am Familienleben noch am Verkehr mit seinen Bekannten, den ganzen Tag habe er schon an die Nacht denken müssen, dann sei er unstet nächtlicherweile herumgewandert, es habe ihn gepackt, er habe gar nicht anders gekonnt, er habe es nicht vorbereitet und habe es auch gar nicht gewollt, er sei dann nur so hineingegangen und habe eigentlich gar nicht gewußt, was er täte, habe dann aber nichts liegen lassen können und mitgenommen, was er gefunden habe. Es sei wie eine Krankheit gewesen, er wisse selbst nicht wie. Alles habe wie ein Druck auf ihm gelegen. In der ersten Nacht im Gefängnis sei ihm der liebe Gott im Traume erschienen, er habe ihm alles gestanden und sich sehr erleichtert gefühlt. Gern betonte er auch, daß er häufig an Kopfschmerzen gelitten habe, es sei ein ganz eigentümliches Ziehen und Stechen durch den ganzen Körper gewesen. Auch an Schwindelgefühl habe er gelitten; wenn er lange und intensiv einen Punkt fixiert habe, z. B. beim Kontrollieren der Lichtsignale von der Lokomotive aus, sei er momentan schwindelig geworden, so daß er die Augen schließen und sich habe festhalten müssen. Ferner habe er häufig Nasenbluten gehabt. N. hatte den sehnlichsten Wunsch, für geisteskrank erklärt zu werden, wie er selbst zugab. Er hoffte dann eine Pension zu bekommen und sich als Lokomotivführer a. D. unter der menschlichen Gesellschaft wieder sehen lassen zu können. Er widersprach auch nicht, als ihm eröffnet wurde, daß er dies Resultat wohl von seinem hiesigen Aufenthalt erhofft und deshalb ein so eigentümlich starres Wesen gezeigt habe. Offenbar versuchte er, seine verbrecherischen Handlungen so darzustellen, als ob er jedesmal mehr oder weniger bewußtlos gewesen sei oder unter einem unwiderstehlichen Zwange gehandelt habe. Die Erinnerung an die Einzelheiten seiner Einbrüche, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, war bei N. aber tadellos erhalten. Er hatte stets durchaus überlegt gehandelt, was schon daraus hervorgeht, daß er mindestens 63mal unentdeckt geblieben ist und bei seinen Diebstählen stets bares Geld bevorzugte. Auch hatte er dem Polizeisergeanten bei seiner Vernehmung eingehend erklärt, wie man am besten einbreche, und erzählt, daß er gehofft habe, einmal einen guten Griff zu tun, um dann aufhören zu können. Es konnte ihm demnach eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit nicht zuerkannt werden. Auch bei der Verhandlung machte er durchaus den Eindruck eines gesunden Menschen. Er wurde daher am 27. 11. 06 von der Strafkammer des Landgerichts zu O. zu 6 Jahren Zuchthaus verurteilt und in die Strafanstalt zu L. eingeliefert.

Nachdem er hier etwa 7 Wochen zugebracht hatte, wurde er in der

Nacht laut, knirschte mit den Zähnen, lief umher und führte unzusammenhängende Reden. Am folgenden Morgen äußerte er, man wolle ihn vergiften, sein Freund sei auch vergiftet worden, der Zugführer sei schuld, daß der Zug zusammengefahren sei. 14 Tage später war er völlig apathisch und murmelte leise vor sich hin: „die Zugführer hatten schuld, daß die Züge ineinandergefahren sind, die Schienen sind so naß.“ Der Arzt hielt ihn für einen Simulanten. Da sich sein Befinden nicht besserte und er die Nahrung verweigerte, wurde er am 20. 2. 07 nach der Irrenabteilung des Kgl. Strafgefängnisses zu H. überführt. Unterwegs aß er ordentlich, erzählte auch allerlei aus seinem Privatleben, fiel aber sofort in sein apathisches Wesen zurück, als er im Gefängnis zu H. ankam. Hier machte er einen verwirrten Eindruck, redete leise vor sich hin und gab Anweisungen, als ob er sich auf einer Lokomotive befinde. Auf Fragen reagierte er nicht. Schlaf und Appetit waren im allgemeinen nicht gestört, die Nahrungaufnahme erfolgte spontan. Nach einigen Tagen wurde er freier, war völlig orientiert, wollte von seiner Überführung nur eine ganz dunkle Erinnerung haben. Am 4. 3. 07 erschien er etwas benommen, griff von Zeit zu Zeit nach der Wand, sprach von seinem Eisenbahndienst und nahm nur wenig Nahrung zu sich. Er erholte sich aber rasch wieder und fing an sich zu beschäftigen. Er war gedrückter Stimmung, hielt sich von den übrigen Kranken abgesondert, war auch mehrfach unzugänglich, stellte die Arbeit ein und blieb im Bette.

Anfangs erzählte N., daß er bei den Einbrüchen unter dem Gefühl einer inneren treibenden Unruhe gehandelt habe, später wollte er aus eigener Erinnerung von allen diesen Vorgängen nichts wissen. Er wollte ferner nicht wissen, wann er geboren sei, wann er sich verheiratet habe, kannte weder den Krieg von 1870 noch eine Schlacht aus demselben, nannte den Namen des Kaisers nicht richtig, beantwortete Rechenexempel falsch und korrigierte sich dann, nachdem er in kindlicher Weise an den Fingern gezählt hatte. Würg- und Hornhautreflex fehlten, die Kniereflexe waren gesteigert, es bestand vasomotorisches Nachröten, konzentrische Einengung des Gesichtfeldes, fast totale Schmerzunempfindlichkeit an Kopf, Bauch und Extremitäten. Nach einem Gutachten des behandelnden Arztes vom 16. 5. 07 gehört N. zu den nervös Minderwertigen, er war zur Zeit der Straftat nicht geisteskrank, erkrankte aber in der Haft an hysterischer Seelenstörung, die zurzeit beseitigt erschien. Zugleich wurde die Erwartung ausgesprochen, daß N. in einiger Zeit dem geordneten Strafvollzug zurückgegeben werden könne. Diese Hoffnung erfüllte sich aber nicht.

Am 6. 7. 07 wurde er nach erhaltenem ablehnenden Bescheid bezüglich seiner Strafsache sehr verstimmt, stellte die Arbeit ein und blieb im Bette. Er war unzugänglich, wollte von niemandem etwas wissen und weinte. Am 31. 8. war er ziemlich gesprächig und heiter, erklärte, das Bett sei seine Maschine, die Bettbeine seien die Räder, die Bettbügel



die Bremsen. Zwei Tage später war er deprimiert, er habe keine Schuld an dem Eisenbahnunglück, und glaubte sich in einem Krankenhause zu befinden, ein anderes Mal äußerte er, er sei auf dem Bahnhof im Übernachtungsraum, sei gestern abend hier angekommen, seine Frau wolle ihm Essen bringen. Von einem Diebstahl wollte er nichts wissen, das sei schändliche Verleumdung, ein Kgl. Lokomotivführer werde doch nicht stehlen. Ferner sprach er von einem Menschen, der mit dem Kopf zwischen die Puffer geraten sei, er könne den Anblick nicht loswerden. Auch weiterhin stand N. meist umher, machte die sonderbarsten Angaben, unterhielt sich aber mit seinen Mitkranken und wurde stets rot im Gesicht, wenn er sich belauscht sah, spielte auch Dame. Zuletzt war er ablehnend, lief wie stumpfsinnig umher; Schlaf und Nahrungaufnahme blieben gut.

Am 8. 9. 07. schrieb N. an seine Schwester einen verwirrten Brief: „Mit meinem Güterzug bin ich nicht ganz hingekommen, ich habe doch die Bremse festgehabt und doch mußten wir zusammen, ich habe doch die Raupen nie verhungern lassen und jetzt hält man mir hier fest." Weiter schrieb er, daß er seine Beobachtung in der Charité beantrage: „Die Meinung des hiesigen Arztes ist irrtümlich, indem er den Tatbestand der Geisteskrankheit nie zu finden vermeint, wenn einer dem Wut- oder Dummkoller verfallen ist. Ich glaube mich nicht zu täuschen, daß sich bei demselben ein unbegründetes Vorurteil gegen mich gebildet hat und derselbe an Simulation zu glauben scheint, aus den Ergebnissen der Voruntersuchung ist entschieden zu folgern, daß ich schon bei Begehung der Tat nicht normal war."

Am 14. 12. 07. wurde N. als strafvollzugunfähig der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt übergeben, die Diagnose lautete auf degeneratives Irresein.

In der Anstalt gab N. zuerst an, er komme aus Halle, wo er im Hotel mit mehreren Lokomotivführern gewohnt und Dienst getan habe. Er habe den Zug hierher geführt und sei nun im Kranken- oder Erholungsheim, obwohl er ganz gesund sei. Seit einiger Zeit habe er das Gefühl, als wenn das eine Auge durch unsichtbare Kräfte mit einem Rucke zugemacht, und als ob er mit einer Kneifzange am ganzen Körper gezwickt werde. Vor den Augen habe er immer einen schwarzen Punkt; oft höre er seinen Namen rufen, ferner „halt,halt, bremse fest", „komm mit, hier, hier". Alles dies habe er gestern schon dem Kassenarzte vorgetragen, der ihn hierher geschickt habe. Im Jahre 1907 habe er ein Eisenbahnunglück mitgemacht; N. verbessert sich dann und sagt, es sei 1807 gewesen, bleibt auch auf Vorhalt dabei, daß es nicht 1907 gewesen sei. Als Datum nannte er dann den 20. Dezember 1807, er sei am 3. Februar 1969 geboren, N. sagte hier zuerst richtig 1869, verbesserte sich dann in 1969 und blieb dabei. Der Kaiser heiße Georg V., und wohne in Hannover. Hannover sei ein Kaiserreich, Berlin liege in Sachsen, Osnabrück an der Ilmenau. Halle liege in Hannover, sei nur 131 km entfernt. Das Jahr habe 360 Tage,





das Schaltjahr 362 und 10 Monate, der Monat habe 28 oder 29 Tage. Selbst einfache Rechnungen löste N. falsch, mit Ausnahme eines Pfennig- und eines 5 Pfennigstückes benannte er alle ihm vorgelegten Münzen falsch. Er sei niemals im Gefängnis oder der hiesigen Anstalt gewesen. N. sprach ohne Erregung und brachte alles sehr geläufig vor. Die Nahrungaufnahme war gut. Er blieb zunächst noch bei seinen Sinnestäuschungen, doch trat eine wesentliche Besserung ein, als einmal von den Ärzten in seiner Gegenwart besprochen wurde, daß das Verfahren gegen ihn durch seine schwere Krankheit nun wohl definitiv erledigt sei. In der Folge klagte er nur noch über schwere Träume, hörte keine Stimmen mehr, zeigte aber ein gedrücktes, scheues Wesen. Er wußte jetzt, daß er aus der Irrenabteilung in H. komme, vorher sei er in der Strafanstalt zu L. gewesen. Er sei wegen verschiedener Einbrüche verurteilt, könne sich aber an diese nicht mehr erinnern. Er konnte nun gut rechnen, gab die Daten aus seinem Leben richtig an und kannte die ihm vorgelegten Geldsorten. Auf seinen Wunsch ging er mit zur Arbeit, war fleißig und geordnet, bis er am 9. Mai 07 entwich.

Bereits am 25. Mai wurde er aber der Anstalt wieder zugeführt. Er war in Holland aufgegriffen, wo er einen Einbruch verübt und Geld gestohlen hatte. Bei seiner Festnahme hatte er gleich angegeben, daß er aus einer Irrenanstalt entwichen sei, und wurde infolgedessen kurzer Hand zurücktransportiert. Er war leidlich guter Stimmung und gab an, daß er aus Kummer über das lieblose Benehmen seiner Frau fortgelaufen sei. Als ihm eröffnet wurde, daß die Zeit seines hiesigen Aufenthaltes auf die Strafhaft nicht angerechnet werde, erklärte er sich zur Verbüßung derselben bereit und wurde am 29. 6. 07. nach der Strafanstalt in H. überführt. An sein Verhalten bei der Aufnahme wollte er sich absolut nicht mehr erinnern.

Aber nach einem halben Jahre kehrte er mit der Diagnose „Dementia paranoides“ zurück. Er hatte in der Beobachtungstation ein scheues, mißtrauisches Wesen gezeigt, stand in den Ecken umher, verweigerte tagelang die Nahrung und hörte Stimmen, die ihn beschimpften. Nach dem Gutachten des Anstaltsarztes entsprachen seine Orientierung und sein geistiger Besitzstand dem eines unmündigen Kindes.

Als er am 11. 1. 09 in unsere Anstalt zurückkehrte, nannte er mit einer höflichen Verbeugung seinen Namen und begrüßte den Oberwärter: „Guten Tag, Herr K., wie geht es Ihnen?“ Er beklagte sich zuerst darüber, daß er hier so verhöhnt werde, und lag meist unter der Bettdecke versteckt. Über die Einrichtungen in der Strafanstalt, die Verteilung der Betten, ärztliche Visiten, den Krankenbestand, die Kostordnung war er tadellos orientiert. Die körperliche Untersuchung ergab nichts Besonderes. In der Folge äußerte N. noch bisweilen ohne jeden Affekt seine alten Gehörstäuschungen, weinte auch gelegentlich und meinte, es sei doch alles verloren. Er begann sehr bald fleißig bei den Hausarbeiten zu helfen und er-



lernte bereitwillig das Zigarrenmachen, wobei er sich sehr geschickt anstellte. Er entschloß sich sofort eine Quittung über den Rückkaufwert seiner Lebensversicherung, die infolge seiner Strafe verfallen war, auszustellen, prüfte genau das Formular und achtete auf die Schreibweise seines Namens. Zuletzt gab er zu, daß er nicht geisteskrank sei; an die Einbrüche wollte er keinerlei Erinnerungen haben, er sei damals und in der Strafanstalt geisteskrank gewesen. Auf keinen Fall wolle er aber in das Zuchthaus zurück, er könne den Aufenthalt dort nicht vertragen, er hoffe immer noch, daß das Verfahren wieder aufgenommen, oder daß er begnadigt werde, andere Leute würden auch begnadigt. Einem anderen geisteskranken Verbrecher gegenüber sprach N. sich in derselben Weise aus, er gehe nie und nimmer in die Anstalt zurück, man müsse ihn denn zurücktragen. Er wolle die Wiederaufnahme beantragen, der Herr Sanitätsrat könne und müsse ihm helfen. An einen Freund schrieb N. am 5. 12. 09 einen mit Bibelsprüchen reichlich versehenen, im übrigen aber sehr gewandt stilisierten Brief, er habe schändliche Dinge getrieben, er habe absolut keine Macht über sich gehabt, er hoffe, daß Gott der Herr ihm seine Gesundheit erhalten möge, daß er alles wieder gut machen und sich wirklich wieder emporarbeiten könne zu einem braven Menschen. Überhaupt war N. unter dem Einfluß seiner Schwester sehr fromm geworden; es machte den Eindruck, als ob er so einen recht günstigen Eindruck erwecken wolle.

Es wurde nun beabsichtigt, den N. zur Weiterverbüßung seiner Strafe abermals der Strafanstalt zu überweisen. Obwohl ihm dies nicht gesagt wurde, muß er es doch aus verschiedenen, mit ihm geführten Gesprächen geschlossen haben, denn er entwich kurz darauf am 1. 3. 1910. Vermittelst einer Zigarrenform bog er das Gitter des Arbeitraumes auseinander und entkam aus dem ersten Stockwerk über ein niedriger liegendes Dach. In der Nacht suchte er einen in der Nähe wohnenden Verwandten auf, wurde hier wahrscheinlich mit Geld und Kleidung versehen und sprach die Absicht aus, sich über Holland nach England zu begeben [1]).

Die Krankengeschichte des N. bietet in der Tat viel Interessantes. Zunächst die strafbaren Handlungen an sich. Ein geachteter Beamter, Vater eines Gymnasiasten, begeht in Uniform gering gerechnet über 60 Einbrüche, ohne daß ein Verdacht auf ihn gefallen wäre. Freilich hat ihn dabei sein Dienstkleid gewiß bisweilen geschützt. So bemerkte einmal der Bestohlene frühzeitig den Einbruch, sah aus dem Hause und gewahrte dicht vor seiner Tür den Eisenbahnbeamten. Beim Anblick der Uniform kam er gar nicht auf die Idee, daß er den Einbrecher selbst vor sich habe, sondern fragte nur, ob N. nicht eine

[1]) Inzwischen ist N. wieder verhaftet worden und befindet sich jetzt in einer Strafanstalt.



verdächtige Person gesehen habe, was natürlich verneint wurde. So konnte N. jahrelang im Verborgenen sein Wesen treiben, bis ihn sein Verhängnis ereilte. Es bedarf wohl kaum einer weiteren Ausführung, daß diese Menge von Straftaten nicht in einem Dämmerzustande verübt worden sind. Es wäre doch erstaunlich, wenn nicht auch im sonstigen Leben des N. solche Zeiten von ganz oder teilweise aufgehobenem Bewußtsein bemerkt worden wären, auch wäre wohl eine solche Zahl von Straftaten dann nicht so lange unentdeckt geblieben. N. selbst versuchte freilich, sich diesen Ausweg zu sichern; während er anfangs die Einbrüche mit allen Einzelheiten einräumte und sich als tadellos orientiert erwies, wollte er später überhaupt nichts mehr davon wissen und hielt hartnäckig an dieser Aussage fest.

Interessant ist es, daß er bei seiner ersten Beobachtung in der Anstalt selbst seine Geisteskrankheit nur wenig betonte, erst später wurde er offenbar darauf aufmerksam, daß sich ihm hier ein Weg zur Rettung darböte.

Auffallenderweise nahm das Publikum der Stadt fast durchweg für N. Partei. Da sich sonst bei jeder Gelegenheit entrüstete Stimmen melden, daß man wieder einmal einen Verbrecher der verdienten Strafe entzogen und für verrückt erklärt habe, hätte man annehmen sollen, daß die Verurteilung des N. nun freudig begrüßt worden wäre. Aber selbst die Zeitungen sprachen sich für die Geisteskrankheit des N. aus, und nach seiner Verurteilung mußte man sogar hören, daß hier ein Justizmord begangen sei. Entschuldigt ist diese Auffassung freilich, wenn man die ungewöhnlichen Umstände, die in der Lebenstellung und Raffiniertheit des Verbrechers gegeben sind, berücksichtigt.

Weder Vorgeschichte noch die erste Beobachtung des N. vermochten aber trotz sorgfältigster Berücksichtigung aller Umstände die Gewißheit zu liefern, daß N. geisteskrank sei, und so mußte die Verurteilung erfolgen. Das Bild änderte sich aber bald während der Haft. N. hat in der Strafanstalt zu L. und später in der Beobachtungstation zu H. zweifellos eine Psychose durchgemacht. Eine Änderung der ursprünglichen Auffassung, daß er bei Begehung der strafbaren Handlungen gesund gewesen sei, konnte aber durch seine nunmehrige Erkrankung nicht hervorgerufen werden. Durch die Verurteilung war sein ohnehin nicht ganz intaktes Nervensystem aufs schwerste erschüttert worden, zu der ungewohnten Haft kam noch die Gewißheit,





daß er die Existenz seiner Familie ruiniert und sich selbst ins Verderben gestürzt habe.

Daß N. damals schon simuliert hat, ist ohne Frage. Der leitende Arzt Dr. *Siefert* sagt in seinem Gutachten, daß N. zusammengebrochen sei in Form charakteristischer, hysteriformer psychischer Störungen, aber er betont auch, daß N. mit hoher Wahrscheinlichkeit log, wenn er von seinen Straftaten nichts mehr wissen wollte, und daß er mit Sicherheit und Planmäßigkeit log, wenn er Defekte seines Wissens behauptete, wie sie nur ein ganz Verblödeter darbietet. Dieser Ansicht kann ich mich nur anschließen. Daß N. sehr wohl wußte, worauf es ankam, beweist allein schon der an seine Schwester gerichtete Brief.

Auch nach dem Abklingen der auf hysterischer degenerativer Grundlage beruhenden Psychose gab N. seine Täuschungsversuche nicht auf. Es ist sicher, daß er während seines zweiten Aufenthaltes in unserer Anstalt simuliert hat.

Die von ihm vorgebrachten Erinnerungsfälschungen und Sinnestäuschungen tragen zu sehr den Stempel der Unwahrscheinlichkeit, um irgendwie glaubhaft zu erscheinen. Ebensowenig vertrug es sich mit dem ganzen Krankheitbilde, daß er sich zeitweise als vollständig schwachsinnig hinstellte, kein Geld kennen wollte und auch sonst die törichtsten Angaben vorbrachte. Als absichtlich in seiner Gegenwart erwähnt wurde, daß das Verfahren gegen ihn erledigt sei, verschwanden in auffälliger Weise alle Krankheitsymptome rasch; N. zeigte nun eine normale Intelligenz, arbeitete fleißig und war durchaus geordnet. Daß seine Stimmung traurig und gedrückt blieb, findet wohl eine ganz ungezwungene Erklärung und erscheint als durchaus psychologisch. Auch die Umstände seiner ersten Entweichung sprechen nicht für das Vorhandensein einer Geisteskrankheit. Ebensowenig erscheint es wunderbar, daß er in Holland, als er in Not geriet, wieder zu seiner bewährten Methode griff und einen Einbruch ins Werk setzte. Er war bei seiner Rückkehr über alle seine Erlebnisse in Holland genau orientiert und bereute es sehr, daß er sich zu einer neuen Straftat hatte hinreißen lassen. Er sei aber durch einen sehr lieblosen Brief, den seine Schwester ihm tatsächlich kurz vorher geschrieben hatte, dazu getrieben worden. Nun erfolgte abermals die Aufnahme des N. in eine Strafanstalt, und zwar zunächst in eine Beobachtungstation. Er war selbst dazu bereit, nachdem er erfahren hatte, daß ihm die

in der Irrenanstalt verbrachte Zeit nicht angerechnet werde. Kaum aber hatte er die Beobachtungstation betreten, so erkrankte er angeblich wieder, er hörte Stimmen, machte einen ganz verblödeten Eindruck und glich in bezug auf seinen geistigen Besitzstand einem unmündigen Kinde. Bei dieser Auffassung seines Geisteszustandes konnte es nicht ausbleiben, daß er abermals in unsere Anstalt seinen Einzug hielt. Vom ersten Tage an erwies sich, daß seine Intelligenz in keiner Weise geschwächt war, er hatte ohne jeden Zweifel in der Strafanstalt abermals aufs gröblichste, aber leider erfolgreich simuliert. Auch die Gehörstäuschungen, an denen N. damals angeblich litt, schwanden prompt, und sein Verhalten war schon nach kurzer Zeit derartig, daß man die Wiederaufnahme des Strafvollzugs ins Auge fassen konnte. Die eigentliche Simulation hatte er aber zuletzt gänzlich aufgegeben und selbst eingeräumt, daß er nicht mehr geisteskrank sei. Nur für die Straftaten selbst behielt er sich völlige Amnesie vor. Leider verhielt N. selbst sich durchaus ablehnend, er war auf die Idee gekommen, daß er schließlich begnadigt werden würde, und erklärte, er könne sich nicht dazu überwinden. Daß er es verstand, der Haft zu entgehen, hatte er ja genügend bewiesen, und der Erfolg hat ihn ganz gewiß darin bestärkt, seine Rolle nun mit Konsequenz weiter zu spielen. Als er schließlich merkte, daß er gegen seinen Willen doch wieder dem Zuchthaus übergeben werden sollte, entwich er.

Zusammenfassend möchte ich mich dahin aussprechen, daß N. zu der Klasse der konstitutionellen Dégénérés gehört. Er war zurechnungfähig zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen und auch während seines Aufenthaltes in unserer Anstalt nicht geisteskrank, wenn er auch als minderwertig und nicht allzu weit von der Grenze geistiger Erkrankung entfernt angesehen werden muß.

Ob es gelingen wird, ihn, wenn er wieder ergriffen wird, dauernd im Zuchthaus zu halten, muß nach den bisher gemachten Erfahrungen zweifelhaft erscheinen. Vielleicht wäre es für ihn, wie für manche seiner Schicksalgenossen besser, wenn sie, nachdem sie aus der Irrenanstalt als strafvollzugfähig entlassen sind, nicht erst wieder einer Beobachtungstation zugeführt würden. Ich glaube, daß dann mancher Simulationsversuch unterbleiben würde, der unternommen wird, wenn die betreffenden Individuen merken, daß eine abermalige Entscheidung notwendig ist, bevor sie ihre eigentliche Haft antreten.



Es ist mir aber wohlbekannt, daß eine ministerielle Verfügung diesem Wunsche entgegensteht.

Am besten wäre es für N., wenn er in einer der Strafanstalt angegliederten Irrenabteilung seine Strafe verbüßen könnte, vielleicht in einer Abteilung für Minderwertige, wie sie neuerdings bei der Strafanstalt zu Brandenburg eingerichtet ist und sich gut bewährt hat.

Es wird, wie *Mönkemöller* [1]) hervorhebt, immer eine schwere und undankbare Aufgabe bleiben, welchen Maßstab man an die Haftfähigkeit anlegen soll. Haben derartige Individuen mehrere Male Haft und Irrenanstaltbehandlung durchgemacht, so ist es meist vollkommen unmöglich, sich durch den Wust von Wirklichem und Gemachtem durchzufinden.

Der dritte Fall, der sich hier anreihen soll, betrifft einen geistig gesunden Schlachter, welcher infolge seiner eigenen, freilich zu einem anderen Zwecke gemachten Angaben in die Irrenanstalt kam. Der Schlachter F. gelangte auf der Wanderschaft auch nach einer größeren Stadt unserer Provinz und wurde hier, da er an Unterschenkelgeschwüren litt, in das städtische Krankenhaus aufgenommen. Er soll nun nach dem ärztlichen Gutachten geäußert haben, daß er das Herannahen eines Anfalles verspüre, man solle ihn in die Zelle bringen, ehe es zu spät sei. Er lief dann in den Garten, bewaffnete sich mit einem Knüppel und stürmte umher. Schließlich gelang es, ihn in die Zelle zu bringen. Er bedrohte dann die Wärter mit einem Messer, tobte und lärmte die ganze Nacht, brach den Rahmen der Tür los und mußte schließlich von sechs Nachtwächtern gefesselt werden. Bei der Untersuchung war er wieder ruhig, klar und ziemlich geordnet, aber auch erregbar, zitterte mit den Händen und äußerte Feindseligkeiten gegen die Schwester, z. B.: wenn er gewußt hätte, wie es ihm hier gehen würde, hätte er nichts gesagt, da müsse Blut fließen. Er gab auf Befragen des Kreisarztes noch an, daß seine Mutter dem Trunke ergeben sei, einige Brüder sollten an Krämpfen leiden.

Er leide seit dem 26. Lebensjahre an Krämpfen, die in unregelmäßigen Zeitabständen aufträten. Das Herannahen des Anfalls fühle er daran, daß er Stiche in den Kopf bekomme. Er verliere dann unter Schwindel das Bewußtsein und fühle sich, wenn er wieder zu sich komme, matt und schwach. Wiederholt habe er sich während des Anfalls auf die Zunge gebissen. Außerdem leide er 2—4mal im Jahre an Erregungzuständen, im letzten Jahre seien diese aber bereits 6—7mal aufgetreten, zuletzt vor drei Wochen in Jever.

[1]) *Mönkemöller*, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1905. 1. Jahrg. S. 681.



Auf Grund dieser von F. gemachten Angaben wurde er für geisteskrank erklärt und der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt zugeführt. F. war über diesen Erfolg seiner Bemühungen sehr erstaunt und entrüstet. Er gab nun seinerseits eine wesentlich andere Darstellung der Vorgänge, die zweifellos der Wirklichkeit sehr nahe kommt. Er sei im Krankenhause zu Jever nicht wegen eines Erregungzustandes, sondern wegen einer Verletzung der rechten Hand behandelt worden. Im Krankenhause zu W. sei er wegen Entzündung des linken Unterschenkels aufgenommen, man habe ihn dort auf denselben Saal wie die Geschlechtskranken gelegt. Da er sich vor Ansteckung gefürchtet habe, habe er um Verlegung auf eine andere Station gebeten, doch sei ihm sein Wunsch nicht gewährt worden. Um seinen Willen durchzusetzen, habe er nun erzählt, daß er an Blutandrang leide, sich den Kopf gekühlt und eine Stange zurecht gelegt. Seiner Unterbringung in der Zelle habe er keinen Widerstand entgegengesetzt, obwohl er ein Messer bei sich gehabt und gedroht habe, er wolle sich umbringen. An der Wand habe er eine Schlinge befestigt, um den Anschein zu erwecken, als ob er sich aufhängen wolle. Die Tür seiner Zelle habe er nicht zerschlagen, schließlich habe er sich ruhig verhalten und so getan, als ob er bewußtlos sei. Alles dies habe er nur durchgeführt, um das Personal zu ärgern und seine Verlegung nach einem anderen Saal zu erzwingen. Schließlich sei der Kreisarzt gekommen, er habe diesem, da er ihn für einen Gerichtschreiber gehalten habe, alles mögliche bewußt vorgelogen und alle an ihn gerichteten Fragen mit „ja“ beantwortet. Es sei nicht wahr, daß seine Mutter an Trunksucht gelitten habe; weder er selbst noch seine Geschwister hätten jemals an Krämpfen gelitten.

F. erklärte weiter, daß er es sehr bereue, sich auf diese Schwindeleien eingelassen zu haben, es sei ihm auch nicht der leiseste Gedanke daran gekommen, daß er einen solchen Erfolg haben werde. Dabei konnte er aber doch eine gewisse Freude nicht unterdrücken, daß ihm sein Streich so gut gelungen war, und erzählte diese Geschichte mit einem großen Wohlbehagen. Er erbot sich freiwillig, einige Wochen in der Anstalt zu bleiben und den Beweis für seine geistige Gesundheit zu liefern, zumal die Geschwüre an seinem Unterschenkel sowieso eine Behandlung nötig machten. F. leugnete nicht, daß er schon mehrfach wegen Bettelns, Hausfriedensbruchs, Widerstands, Diebstahls und Beleidigung mit Gefängnis bestraft sei, auch habe er sich viel umhergetrieben und zeitweise stark getrunken.

Im übrigen machte F. einen gewandten und recht intelligenten Eindruck, auch die körperliche Untersuchung förderte nichts zutage, was auf Epilepsie schließen ließ. Auch in der Folge zeigte er ein gleichmäßig ruhiges und freundliches Wesen, beschäftigte sich regelmäßig und fügte sich der Hausordnung. Irgendwelche Symptome von Geisteskrankheit wurden nicht festgestellt, so daß wir ihn auf seinen Wunsch nach 14 Tagen entlassen konnten. Er verließ die Anstalt sehr dankbar und zufrieden,

gelobte aber, niemals wieder den wilden Mann spielen zu wollen. Wir haben nichts weiter von ihm gehört.

Auch in diesem Falle ist eine gewisse Degeneration zweifellos vorhanden. F. übte seinen Beruf als Schlachter nur zeitweise aus, war vielfach wegen geringfügiger Vergehen bestraft und dem Alkoholmißbrauch ergeben. Seine Reaktion auf das ihm im Krankenhause vermeintlich geschehene Unrecht ist nicht normal, andererseits läßt es sich aber auch erklären, daß er schließlich die ihm dargebotene Gelegenheit, als geisteskrank zu erscheinen, dankbar ergriff und die Fragen des Kreisarztes zustimmend beantwortete. So kam das Bild eines Epileptikers mit häufigen Erregungzuständen aus schwer belasteter Familie zustande. Daß seinen gänzlich widersprechenden Angaben in der Anstalt zunächst kein Glaube geschenkt wurde, ist selbstverständlich. Aber man mußte sich doch davon überzeugen, daß F. in keiner Weise den Eindruck eines Epileptikers machte, und schließlich als sicher annehmen, daß es sich nur um Simulation gehandelt hat.

# Über Rechenversuche an Gesunden und Unfallkranken nach der Methode der fortlaufenden Additionen[1]).

Von

Med.-Prakt. **Buddee.**

(Mit 27 Kurven.)

Die Herabsetzung der körperlichen und geistigen Leistungfähigkeit ist eines der wichtigsten und häufigsten Zeichen der traumatischen Nervenkrankheiten. Dieser Erscheinung kann ebensowohl eine gesteigerte Ermüdbarkeit als eine psychomotorische und intrapsychische Hemmung zugrunde liegen. Die Zahl der Untersuchungen auf diesem Gebiet ist noch gering.

Zur Messung der körperlichen Arbeitleistung stehen uns eine Reihe von Methoden zur Verfügung, ich erinnere an die Ergographenversuche, die ja kürzlich noch von *Stursberg* zur Untersuchung Unfallkranker herangezogen worden sind. Wenn auch die Deutung der Ergebnisse, besonders an ungeübten Personen, nicht einfach ist (*Weichardt*), so verdient diese Methode sicher weitgehende Beachtung. Recht wertvoll scheint die in letzter Zeit von *Wells* angewandte, auch an Kranken erprobte Tippmethode (tapping test) zu sein. Nebenbei bemerkt, hat dieser Autor unter einer Anzahl von depressiven Kranken auch einen Fall untersucht, bei dem eine traumatische Entstehung der Affektion anzunehmen war. Es fanden sich bei ihm alle Zeichen ausgesprochener psychischer Hemmung, wie sie bei den rein manisch-depressiven Fällen nachweisbar waren.

Wenn man sich in der Praxis auch damit begnügen kann, die körperliche Leistungfähigkeit nach dem Verhalten von Herztätigkeit

---

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald (Dir. Prof. Dr. *E. Schultze*). — Herrn Priv.-Doz. Dr. ***Voß***, der die Anregung zu den vorliegenden Versuchen gegeben und mich bei der Abfassung dieser Arbeit freundlichst unterstützt hat, sei an dieser Stelle herzlicher Dank ausgesprochen.

und Atmung zu beurteilen, so entspricht dieses Verfahren keinerlei wissenschaftlichen Anforderungen.

Die Messung der psychischen Leistungfähigkeit bietet weit größere Schwierigkeiten. Als erster hat *Gross* die *Kraepelin*sche Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen an Unfallkranken erprobt. Ihm folgte bald darauf *Röder* und nach einigen Jahren mit einer größeren Reihe von Versuchen *Specht*. Die genannten drei Autoren glaubten als Ursache der verminderten Arbeitleistung eine gesteigerte Ermüdbarkeit nachgewiesen zu haben. Demgegenüber gelangte *Plaut*, der nach einer von *Specht* angegebenen Modifikation der Additionsversuche arbeitete, zu anderen Ergebnissen; er begründete die außerordentlich geringe Leistung seiner Traumatiker mit dem Vorliegen hochgradiger psychischer Hemmung.

So haben uns die bisherigen Versuche mit der Additionsmethode eine klare Antwort auf die Frage, warum der Unfallkranke eine so geringe Leistung aufweist, noch nicht gegeben.

Bei einer Nachprüfung der früheren Untersuchungen werden wir sowohl das Vorliegen gesteigerter Ermüdbarkeit, als auch der psychischen Hemmung im Auge haben müssen. Als dritter Faktor verdient die Möglichkeit absichtlicher Vortäuschung Beachtung.

Es sind namentlich von *Specht* eine ganze Reihe Kontrollpersonen mit untersucht worden, doch standen diese zum großen Teil auf einem höheren geistigen Niveau als die Kranken. Bei der Auswahl unserer Versuchspersonen haben wir auf Gleichartigkeit des Materials hinsichtlich der Bildungstufe Rücksicht genommen. Dagegen stimmt das Alter durchaus nicht überein; fast alle unsere Kontrollpersonen waren junge Leute zwischen 20 und 25 Jahren, während die Kranken fast sämtlich das 38. Lebensjahr überschritten hatten. Inwieweit dieser Altersunterschied auf die Arbeitleistung von Einfluß ist, dürfte schwer zu entscheiden sein, da Untersuchungen hierüber, soweit uns bekannt, nicht vorliegen. Immerhin wird man doch annehmen können, daß mit der zunehmenden zeitlichen Entfernung von den Schuljahren bei den von geistiger Arbeit gänzlich entwöhnten Männern des Arbeiter- und Handwerkerstandes die Rechenfähigkeit abnimmt.

Wir wenden uns nun einer Besprechung der früheren Arbeiten zu, die unserer Arbeit zugrunde liegen.





Im Archiv für die gesamte Psychologie (Bd. III, Heft 3) hat *Wilhelm Specht* als ersten Teil einer Monographie über klinische Ermüdungsmessungen die geistige Ermüdung abgehandelt. Zu deren Messung hat er sich der *Kraepelin*schen Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen bedient. Die Versuche sind an 17 Gesunden und 6 Unfallkranken angestellt worden. Es hat sich als Resultat ergeben, daß die Ermüdbarkeit der Gesunden individuell sehr verschieden, oft schon recht hochgradig ist, die der Unfallkranken jedoch durchweg noch erheblich größer. Außerdem wird festgestellt, daß die Unfallkranken eine geringe Erholungfähigkeit und eine sehr geringe Übungfestigkeit besitzen; die Übungfähigkeit soll nach *Specht* bei ihnen nicht beeinträchtigt sein, ihre absoluten Leistungen stehen erheblich hinter denen der Gesunden zurück. Ferner glaubt *Specht* annehmen zu dürfen, daß durch die Anwendung seiner Untersuchungsmethode die Differentialdiagnose zwischen Simulation und traumatischer Neurose erleichtert werde. Er meint, Verstellung werde sich stets an hochgradiger Übertreibung und unerklärlichen Mißverhältnissen der von ihm berechneten Vergleichswerte zu erkennen geben. Dies ist auch in der Tat der Fall bei fünf Simulationsversuchen, in denen der Verfasser und drei andere gebildete Versuchspersonen sich bemüht haben, eine gesteigerte Ermüdbarkeit vorzutäuschen.

Nun hat *Plaut* in München 1906 auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie die *Specht*sche Arbeit einer Kritik unterzogen. Er berichtet dort, daß er ebenfalls Rechenversuche angestellt habe, und zwar an 22 Unfallkranken und 18 ausgesuchten Pflegern. Auch er findet sehr geringe absolute Leistungen bei den Traumatikern, nur drei seiner kranken Versuchspersonen reichen mit der Zahl der geleisteten Additionen in die Gesundheitsbreite hinein. Aber *Plaut* erklärt dies Ergebnis nicht wie *Specht* durch eine gesteigerte Ermüdbarkeit, sondern zunächst durch eine herabgesetzte Übungfähigkeit der Unfallkranken. Die Ermüdbarkeit seiner Traumatiker ist mit Ausnahme eines Falles nicht größer als die der Gesunden; dieser eine Fall zeigt jedoch eine so minimale Leistung, daß *Plaut* eine wirkliche Arbeitermüdung für ausgeschlossen hält. Ferner aber fehlen nach *Plaut* bei den Traumatikern die bei den Gesunden regelmäßig auftretenden „Willensanspannungen“ ganz, oder sie sind doch wesentlich geringer. *Plaut* findet also bei den Unfallkranken gegenüber den Gesunden: geringe Leistungfähigkeit, geringe Übungfähigkeit, mäßige Ermüdbarkeit sowie das Fehlen ausgesprochener Willenswirkungen. Er kommt zu dem Schlusse: die herabgesetzte Leistungfähigkeit der Traumatiker dürfte in erster Linie auf Willenstörungen beruhen, sei es, daß diese Kranken durch Affekte an der Konzentration gehindert werden, sei es, daß sie überhaupt nicht imstande sind, sich anzuspornen. Er fügt hinzu — ich zitiere nach dem Bericht in dieser Ztschr. Bd. 63. S. 602. —



„In solchen Fällen — und dies scheint für die große Mehrzahl zuzutreffen — gestattet die Methode nicht, eine Abgrenzung von der Simulation vorzunehmen; denn hier wie dort handelt es sich ja um Vorstellungen, die die Arbeit beeinflussen, und wir vermögen nicht zu unterscheiden, ob krankhaftes oder willkürliches Nichtwollen vorliegt."

Die Ergebnisse der beiden Forscher stimmen also in mehreren Punkten überein, in der Hauptsache aber, in der Frage nach der gesteigerten Ermüdbarkeit, zeigt sich ein fundamentaler Gegensatz. *Specht* hält die Unfallkranken für durchweg stärker ermüdbar als die Gesunden, *Plaut* macht in erster Linie die psychische Hemmung für die aus der Gesundheitbreite herausfallenden Resultate verantwortlich.

Es haben nun schon *Gross* [1]) und *Röder* [2]) ähnliche Versuche an Unfallkranken angestellt und sind zu demselben Resultat wie *Specht* gelangt. Die Ermüdbarkeit ist bei ihren Kranken durchweg auffallend stark. Aber bei *Gross* handelt es sich nur um eine einzige Person, die überdies mit einer der sechs *Specht*schen Versuchspersonen identisch ist. *Röder* hat 7 Traumatiker und 6 Kontrollpersonen rechnen lassen; er hat jedoch den letzteren nicht einfach dieselbe Aufgabe gestellt wie den Kranken, sondern hat ihnen aufgegeben, große Ermüdbarkeit zu simulieren, wodurch sie zu leicht erkennbaren Übertreibungen veranlaßt worden sind; die *Röder*sche Arbeit enthält also keine Normalversuche. Überdies weichen die Arbeiten von *Gross* und von *Röder* in der Versuchsanordnung bedeutend von der *Specht*schen ab, so daß sie schon aus diesem Grunde nicht gegen das dem *Specht*schen anscheinend konforme Material *Plauts* verwertet werden können.

Ich kann die Vermutung nicht unterdrücken, daß die voneinander abweichenden Resultate *Spechts* und *Plauts* auf der Verschiedenheit des Materials beruhen. Es handelt sich doch bei der sogenannten traumatischen Neurose um recht verschiedenartige psychische Störungen, die nur auf Grund der gemeinsamen Ätiologie zu einem einzigen Krankheitbilde zusammengefaßt werden. *Plaut* hat sich, wie in dem Bericht ausdrücklich hervorgehoben wird, besondere Mühe gegeben, möglichst alle verschiedenen Typen von Unfallkranken zu seinen Versuchen heranzuziehen: „aus-

---

[1]) *Gross* in *Kraepelins* Psychologischen Arbeiten, Bd. II: Zur Psychologie der traumatischen Psychose.

[2]) *Röder,* Über die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall. Münchener Med. Wochenschrift, 1898, Nr. 49.



gesprochene hysterische Fälle mit reichlichen somatischen Zeichen, schwere neurasthenische und hypochondrische Formen, einfach schlaffe und willenlose Leute, querulatorische Rentenkämpfer". Der Nachweis, daß allen diesen verschiedenartigen Krankheitbildern gesteigerte Ermüdbarkeit gemeinsam ist, wird sich, wenn überhaupt, nur an einem sehr großen Material führen lassen.

Es erschien mir daher nicht als ein überflüssiges Beginnen, zur Frage der geistigen Ermüdbarkeit der Traumatiker noch weiteres Material zu liefern. Ich habe in der Zeit vom August 1909 bis zum Januar 1910 in der Greifswalder Psychiatrischen und Nervenklinik die *Specht*schen Versuche an 12 Geistesgesunden und 15 Unfallkranken wiederholt. Von den letzteren hat zwar ein größerer Teil aus verschiedenen Gründen nicht die in Aussicht genommene Zahl von Arbeittagen erreicht; teils lag dies an Versuchsfehlern, teils konnten die Kranken nur beschränkte Zeit in der Klinik verweilen. Indessen lassen sich auch die aus diesen kürzeren Versuchsreihen gewonnenen Ergebnisse — mit einiger Vorsicht — verwerten.

Im folgenden will ich die Resultate dieser Versuche mitteilen und mit den Resultaten *Spechts* vergleichen[1]). Wir werden dabei nicht nur die Frage der Ermüdbarkeit erörtern, sondern möglichst alle Abweichungen berücksichtigen, die die Rechenleistungen der Unfallkranken gegenüber denen der Gesunden bieten.

## Anordnung und theoretische Voraussetzungen der Versuche.

Wir bedienen uns bei unserm psychologischen Versuch der *Kraepelin*schen Rechenhefte, die einstellige Zahlen in einer für das fortlaufende Addieren günstigen Anordnung enthalten. Die Zahlen stehen in Kolonnen zu 36 untereinander, jede der 20 Seiten des Heftes enthält 10 Kolonnen. Die V.-P. hat jede Zahl mit der folgenden zu einer Summe zu vereinigen und das Resultat rechts neben der Kolonne in der Höhe zwischen den beiden Zahlen zu notieren, und zwar werden bei zweistelligen Ergebnissen nur die Einer notiert, da es sich naturgemäß bei den Zehnern nur um eine „1" handeln kann und jeder unnütze Zeitverlust vermieden werden soll. Die unterste Zahl einer Kolonne und die oberste der folgenden werden

[1]) Was die *Plaut*schen Versuche angeht, so sind sie einer direkten Kritik nicht zugänglich, da die von ihm ermittelten Zahlen und Kurven in dem Referat dieser Zeitschrift und — soweit uns bekannt — auch anderwärts nicht in extenso mitgeteilt werden.



nicht miteinander addiert, da die gleichzeitige Auffassung und Verarbeitung dieser beiden Zahlen durch den großen räumlichen Abstand erheblich gestört wird. Nach je einer Minute gibt die Kontrolluhr ein Glockenzeichen, und die Versuchsperson markiert diesen Zeitpunkt durch Unterstreichen der zuletzt notierten Zahl.

Die Menge der in jeder Minute geleisteten Additionen gibt uns einen Maßstab für die geistige Leistung der Versuchsperson. Es ist dabei jedoch zu bemerken, daß nicht nur die Auffassung und die zentrale Verarbeitung der vorgedruckten Zahlen, sondern auch das Niederschreiben des Resultats die Dauer der einzelnen Leistung bestimmt. Indessen ist das Schreiben von Zahlen in den weitaus meisten Fällen eine so eingeübte Funktion, daß die bei unserer Aufgabe darauf verwendete Zeit gegenüber der eigentlichen Additionzeit nicht ins Gewicht fällt; *Specht* macht ferner darauf aufmerksam, daß das Schreiben der Zahl mit der Auffassung und Verarbeitung der nächsten Zahlengruppe zeitlich zusammenfällt, sobald die Versuchsperson auch nur einigermaßen angespannt arbeitet. Aus diesem Grunde werden wir unter Vernachlässigung der Schreibarbeit annehmen, daß die Zahl der in der Minute geleisteten Additionen ein Ausdruck der geistigen Leistung der Versuchsperson ist. Daß eine durch das Schreiben hervorgerufene Muskelermüdung die geistige Ermüdung verstärkt, ist erfahrunggemäß [1]) nur bei sehr schnell rechnenden Personen zu befürchten.

Wenn man die für die einzelnen Minuten gewonnenen Leistungswerte auf einer Abszissenlinie in gleichen Abständen als Ordinaten errichtet, so erhält man eine „Arbeitkurve". Diese ist, wie *Kraepelin* [2]) uns auf Grund eingehender Studien berichtet, von folgenden, in ihrer Art bestimmten und je nach der Individualität der Versuchsperson wechselnden Einflüssen abhängig:

1. von der Übung, die ein anfangs schnelleres, später immer langsameres Ansteigen der Leistung bewirkt; nach der Arbeit schwindet die Wirkung der Übung ganz allmählich, ist aber noch sehr lange nachweisbar. Die Schnelligkeit ihres Schwindens ist umgekehrt proportional der Übungsfestigkeit, die ebenso wie die Übungfähigkeit eine individuell verschiedene psychische Grundeigenschaft ist;

2. von der Ermüdung; auch diese macht sich von vornherein bei jeder Arbeit bemerkbar und zwar in dem der Übung entgegengesetzten Sinn; sie nimmt im Laufe der Arbeit ständig zu, ihre Wirkung überwiegt bald die der Übung und führt ein fortschreitendes Abnehmen der Leistung herbei. Wird die Arbeit unterbrochen, so schwindet die Ermüdungs-

[1]) *Amberg* in *Kraepelin*s Psychologischen Arbeiten Bd. I, Fußnote S. 302.

[2]) *Kraepelin*, Die Arbeitskurve 1902.





wirkung schnell bis zu einem gewissen Grade. Vollständig kann sie allerdings nur durch den Schlaf wettgemacht werden. Die Schnelligkeit ihres Schwindens ist von der persönlichen Erholungfähigkeit abhängig;

3. von der Anregung[1]), deren Vorhandensein sich besonders bei Unterbrechung der Arbeit kundtut. Es ist aus dem täglichen Leben bekannt, daß kurze Pausen eine Arbeit nicht stören, daß man jedoch nach längerer Unterbrechung eine gewisse Anstrengung machen muß, um wieder „hineinzukommen". Während dem Menschen eine bestimmte, an die „Massenträgheit" der Physik erinnernde Eigenschaft seiner Psyche gestattet, die Arbeit nach kurzer Pause ohne wesentliche Einbuße hinsichtlich der Leistungsgröße fortzusetzen, geht durch eine längere Pause die Wirkung dieser „Anregung" verloren. Es hat sich zahlenmäßig nachweisen lassen, daß die Anregung schneller als die Übung und — zunächst wenigstens — langsamer als die Ermüdung schwindet;

4. von der Gewöhnung. Jede bisher nicht geübte Arbeit fällt im Anfang schwer, weil die ungewohnten Nebenumstände die arbeitende Person ablenken. Nachdem die Arbeit erst einmal ausgeführt worden ist, wird alle folgenden Male eine etwas höhere Leistung schon aus dem Grunde zu erwarten sein, weil die arbeitende Person nicht mehr so leicht abgelenkt wird;

5. von der Willenspannung, unter der gearbeitet wird. Diese ist im allgemeinen gleichmäßig; d. h. nur bei bestimmtem Anlaß nimmt sie zu oder ab. An gewissen Stellen der Arbeitkurven pflegen regelmäßig „Antriebe" stattzufinden, d. h. es wird die Leistung infolge erhöhter Willenspannung vorübergehend erhöht. Am Anfang jeder Arbeit ist dies bei der überwiegenden Mehrzahl der Versuchspersonen der Fall; häufig aber auch am Schluß, zumal wenn der Arbeitende das Ende absehen kann. Aber auch mitten in der Arbeit sind Antriebe nichts Seltenes, z. B. treten sie auf, wenn die Versuchsperson das beginnende Überwiegen der Ermüdung bemerkt. Ferner pflegt nach einer — exogenen oder endogenen — Ablenkung zunächst mit erhöhter Willenspannung gearbeitet zu werden. Es hat sich nachweisen lassen[2]), daß schon der Aufenthalt, den der Übergang auf eine neue Zahlenkolonne oder gar auf eine neue Seite des Rechenheftes verursacht, sehr häufig einen kleinen Antrieb hervorruft.

Wenn man Arbeitkurven von gleicher Länge, die von verschiedenen Versuchspersonen gewonnen worden sind, betrachtet, so kann man — nach *Kraepelin* — drei Typen unterscheiden, je nachdem die Wirkung der Ermüdung die der Übung früher oder später überwiegt:

[1]) *Amberg, Lindley, Hylan, Heuman* in *Kraepelin*s Psychologischen Arbeiten.

[2]) *von Voß* in *Kraepelin*s Psychologischen Arbeiten Bd. II, S. 436 bis 438.



a) einen aufsteigenden Typus. Diesen liefern Personen von geringer Ermüdbarkeit, bei denen die Übung der Ermüdung bis zum Ende der Arbeit die Wage hält;

b) einen absteigenden Typus. Dieser findet sich bei Personen mit großer Ermüdbarkeit, bei denen die Wirkung der Ermüdung die der Übung von vornherein überragt;

c) einen mittleren Typus: die Kurve steigt anfangs mit der zunehmenden Übung an, allmählich aber gewinnt die Ermüdung die Oberhand, die Kurve ändert die Richtung und fällt ab.

Der naheliegende Gedanke, zur Messung der Ermüdbarkeit die Versuchspersonen so lange rechnen zu lassen, bis die Ermüdungserscheinungen nach Überwindung der Übungserscheinungen deutlich werden, ist in früheren Versuchen schon verwirklicht worden (z. B. von *Röder* und *Gross*). Es gibt jedoch eine mindestens ebenso zuverlässige, dabei aber minder zeitraubende und für die Versuchsperson weniger anstrengende Methode. Man kann nämlich, wie *Amberg*[1]) ermittelt hat, durch Einschaltung von Pausen in den Versuch ein Kriterium für die Ermüdbarkeit der Versuchsperson gewinnen. *Kraepelin* erklärt sogar, der Pausenversuch sei das einzige brauchbare Mittel zur Messung der persönlichen Ermüdbarkeit[2]). In der Pause geht die Wirkung der Ermüdung, schnell (wenn auch unvollständig), die der Anregung zuerst langsamer, dann schneller, die der Übung äußerst langsam verloren. Wenn wir also die Pause so einrichten, daß ein gewisser Teil der Ermüdungswirkung ausgeglichen wird, dabei aber ein möglichst geringer Anregungs- und Übungsverlust stattfindet, so werden wir die Ermüdbarkeit verschiedener Personen vergleichen können.

Wir brauchen die Versuchzeit nicht allzu lang zu wählen; denn Versuche von *Hylan* und *Kraepelin*[3]) haben zu dem Schlusse geführt, daß sich der Sicherheitgrad der Beobachtung auf dem Gebiete der Psychologie „weit mehr durch eine größere Zahl von Versuchen als durch eine Verlängerung ihrer Dauer erreichen lassen“ wird.

Von diesen Gesichtspunkten aus hat *Specht* folgende Versuchsanordnung gewählt: Jede Versuchsperson rechnet an 12 aufeinanderfolgenden Tagen je 10 Minuten lang. An den ungeraden Tagen wird in der Mitte eine Pause von 5′ eingeschaltet, an den geraden Tagen wird zur Kontrolle ohne Pause gerechnet. Das Gesamtergebnis der Pausentage einerseits, der Kontrolltage andererseits wird zu je einer Arbeitkurve verarbeitet, die dann also dem durchschnittlichen Verlauf der einzelnen Tageskurven entspricht.

So ist z. B. die Kurve meiner I. Versuchsperson aus folgenden Zahlen gewonnen:

[1]) a. a. O.

[2]) *Kraepelin*, Die geistige Arbeit. Jena 1903. Vorwort zur 4. Aufl.

[3]) In *Kraepelins* Psychologischen Arbeiten Bd. IV.





| I | | III | | V | | VII | | IX | | XI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | 41 | 56 | 63 | 61 | 63 | 63 | 68 | 70 | 76 | 76 | 71 |
| 28 | 43 | 53 | 58 | 56 | 58 | 66 | 66 | 70 | 70 | 75 | 76 |
| 28 | 40 | 51 | 54 | 54 | 57 | 63 | 62 | 69 | 71 | 73 | 72 |
| 23 | 39 | 50 | 57 | 62 | 62 | 63 | 66 | 66 | 68 | 70 | 70 |
| 29 | 33 | 48 | 54 | 57 | 60 | 58 | 66 | 62 | 73 | 72 | 68 |
| 139 | 196 | 258 | 286 | 290 | 300 | 313 | 328 | 337 | 358 | 366 | 357 |
| II | | IV | | VI | | VIII | | X | | XII | |
| 50 | 45 | 61 | 53 | 64 | 56 | 67 | 68 | 75 | 68 | 74 | 68 |
| 48 | 41 | 56 | 48 | 60 | 54 | 62 | 61 | 72 | 68 | 73 | 65 |
| 44 | 38 | 56 | 49 | 60 | 55 | 63 | 60 | 69 | 69 | 72 | 68 |
| 41 | 38 | 57 | 49 | 53 | 66 | 64 | 64 | 67 | 68 | 69 | 72 |
| 41 | 40 | 50 | 48 | 57 | 53 | 62 | 62 | 70 | 71 | 69 | 70 |
| 224 | 202 | 280 | 247 | 294 | 284 | 318 | 315 | 353 | 344 | 357 | 343 |

Die römischen Ziffern bedeuten die Versuchstage, die darunterstehenden die einzelnen Minutenleistungen, von denen je die fünf ersten und die fünf letzten jedes Tages zu einer Summe vereinigt worden sind.

Die Ordinate des ersten Punktes der Kurve Ia ist auf die Weise berechnet worden, daß die ersten Minutenleistungen aller ungeraden Tage zueinander addiert wurden, also 31 + 56 + 61 + 63 + 70 + 76 = 357, die andern Ordinaten sind analog gewonnen. Wir erhalten eine Kurve mit den Ordinatenwerten:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 357 | 348 | 338 | 334 | 326 |
| 382 | 371 | 356 | 362 | 354 |

Die Pause ist in der Kurve durch eine punktierte Linie markiert.

Kurve Ib ist in gleicher Weise aus den Zahlen der geraden Versuchstage gewonnen.

Die Ordinatenwerte sind:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 391 | 371 | 364 | 351 | 349 |
| 358 | 337 | 339 | 357 | 344 |

Es handelt sich nun darum, für die Wirkung der Ermüdung und damit die persönliche Ermüdbarkeit einen zahlenmäßigen Ausdruck zu gewinnen.

Den ersten solchen Vergleichswert erhalten wir nach *Specht* durch folgende Überlegung:

An den Pausentagen ist, wie man sieht, die Durchschnittleistung der sechsten Minute um (382—326 =) 17,1 % größer als die der fünften, an den Kontrolltagen nur um (358—349 =) 2,6 %. Die Differenz von 11,5 % entspricht ceteris paribus der durch die Pause ausgeglichenen Ermüdungswirkung; wir können sie also vielleicht als Vergleichswert für die Ermüdbarkeit der Versuchsperson benutzen.

Dieser Rechnung erwachsen jedoch eine ganze Reihe von Fehlerquellen, nämlich folgende:

1. Die in den ersten 5 Minuten erworbene Ermüdung wird durch die Pause erfahrunggemäß[1]) nicht vollständig ausgeglichen; es bleibt ein Ermüdungrest zurück, der bei unserer Berechnung nicht in Betracht gezogen wird. Meistens ist dieser Rest so gering, daß er — zumal da es sich ja nicht um absolute, sondern um Vergleichswerte handelt — vernachlässigt werden kann. Bei sehr ermüdbaren Personen, überhaupt bei Personen mit geringer Erholungfähigkeit, kann er jedoch eine erhebliche Höhe erreichen.

2. Die in den ersten 5 ′ erworbene Übung bleibt zwar zum Teil bis zum nächsten Tage erhalten, ein Bruchteil indessen geht sicher schon in den 5 ′ der Pause verloren[2]). Durch diesen Übungsverlust wird der Zahlenwert der 6. Rechenminute um einen gewissen Betrag zu klein, der jedoch, wie wir annehmen dürfen, minimal ist.

3. In der Pause geht die durch die erste 5 ′-Leistung geschaffene Anregung teilweise verloren. Die Versuche von *Hylan* und *Kraepelin*[3]) lehren, daß die durch eine Arbeit von 5 ′ erworbene Anregung nach 10 bis 20 ′ vollständig verschwunden ist. Wie weit ihr Verlust nach einer Pause von 5 ′, wie wir sie anwenden, die Leistung herabdrückt, kann man nach den bisher angestellten psychologischen Versuchen noch nicht sagen.

4. Die Leistung nach der Pause pflegt durch einen Anfangantrieb gesteigert zu werden. Zwar kommt auch in der 5. Minute der Pausentage gewiß öfters ein Schlußantrieb vor. Aber wir haben keinen Anhalt dafür, daß diese beiden Antriebe einander proportional sind. Das Vorhandensein von Antrieben erkennt man freilich gewöhnlich an auffälligen Spitzen der Kurve, doch läßt sich die Größe des Einflusses der Willenspannung schlecht abschätzen.

Angesichts dieser Fehlerquellen werden wir unserm Vergleichswert nur eine sehr bedingte Bedeutung zumessen und im Zweifel lieber auf seine Anwendung verzichten. Es lassen sich aber eine Reihe von Kontrollwerten aus der Kurve gewinnen, die ebenfalls eine gewisse Abhängigkeit von der Ermüdbarkeit der Versuchsperson aufweisen. Auch diese Vergleichswerte sind mit Fehlern behaftet; aber wenn wir mehrere solche Werte berechnen, so wird doch einer oder der andere unserer Kritik standhalten, d. h. annähernd die reine Ermüdungswirkung darstellen.

Einen zweiten Vergleichswert hat *Specht* auf folgende Weise gewonnen: Er berechnet das Verhältnis der ersten 5 ′-Leistung zur zweiten für Pausentage und Kontrolltage gesondert und benutzt als Vergleichswert den Unterschied dieser beiden Quotienten.

---

[1]) *Kraepelin*, Die Arbeitskurve S. 24.
[2]) *Kraepelin*, Die Arbeitskurve S. 20.
[3]) *Kraepelin*, Psychologische Arbeiten Bd. IV.



An dem auf S. 914 angegebenen Beispiel ausgeführt, ergibt diese Berechnung:

$$1703 : 1825 = + 7{,}2\,\%$$
$$1826 : 1735 = - 5{,}0\,\%$$
$$\text{Differenz: } 12{,}2\,\%$$

Da die hier verwendeten Zahlenwerte aus größeren Zeitabschnitten gewonnen sind, werden sie weniger durch die zufälligen Einflüsse verändert als die Zahlen der 1′-Leistungen. Die zweiten 5′-Leistungen stehen unter annähernd gleichen Übungsverhältnissen; wir dürfen also die Verschiedenheit ihres Verhältnisses zu den ersten 5′-Leistungen auf Rechnung der Ermüdung setzen: die Differenz gibt uns ziemlich genau an, wieviel Ermüdungswirkung durch die Pause ausgeglichen worden ist. Das ist aber nicht immer die gesamte durch die Arbeit von 5′ hervorgerufene Ermüdungswirkung, vielmehr bleibt oft, bei den in höherem Grade ermüdbaren Personen, wie wir schon bei der Betrachtung unseres ersten Vergleichswertes gesehen haben (S. 915), nach der Pause ein Ermüdungsrest zurück. In solchen Fällen wird auch der zweite Vergleichswert zu klein ausfallen.

3. Dritter Vergleichswert (ebenfalls nach *Specht*): Das Verhältnis der Leistung der 2. Minute des Kontrolltages zu der der 10. Dieser Vergleichswert ist nur dann ein Ausdruck der Ermüdungswirkung, wenn die Kurve vom 2. zum 10. Wert gleichförmig abfällt. Die Leistung der ersten Minute ist deswegen nicht gewählt worden, weil der fast regelmäßig auftretende Anfangantrieb ihren Wert verändert. Daß ein Schlußantrieb in der 10. Minute das erwähnte Verhältnis auch wesentlich beeinflussen kann, bedarf kaum des Hinweises.

4. hat *Specht* auf folgende Weise einen „Ermüdungskoeffizienten" konstruiert: Das Verhältnis der Leistung der 2. zu der 6. Minute der Pausentage belegt er mit dem Namen Übungskoeffizient; in der Tat beruht ja der Überschuß der ersten Leistung nach der Pause über die Anfangleistung auf Übungswirkung. Die Leistung der 1. Minute ist aus dem unter 3. erwähnten Grunde auch hier vermieden worden. Die Wahl des zweiten Zahlenwertes statt des ersten verursacht natürlich insofern einen kleinen Fehler, als nun nicht die Übungswirkung von 5′ sondern nur die von 4′ zur Anrechnung kommt. Außerdem ist dieser Übungskoeffizient denselben Fehlerquellen unterworfen wie das Verhältnis der Leistungen der 5. zur 6. Minute. Wenn man ihn nun als das Maß der von der Versuchsperson durch 5′ Arbeit erworbenen Übung ansieht, so kann man mit seiner Hilfe berechnen, um wieviel die zweite 5′-Leistung des Kontrolltages die erste übertreffen müßte, wenn sie allein unter Übungswirkung stände. Für unsern konkreten Fall (S. 914) heißt das: Das Verhältnis der 2. zur 6. Minutenleistung am Pausentage beträgt bei Versuchsperson I: 348 : 382 = + 9,8 %; das wäre der Übungskoeffizient. Nach diesem müßte die erste 5′-Leistung des Kontrolltages (1826 = 100 %)



nach 5 ′, wenn nur die Übung sie beeinflußte, auf 109,8 % = 2006 Additionen anwachsen. Tatsächlich ist sie auf 1735 gesunken. Der Unterschied, der lediglich durch die Ermüdung verursacht wird, beträgt 271 Additionen oder 13,5 % des erwarteten Wertes. Diesen sogenannten Ermüdungskoeffizienten hält *Specht* aus dem Grunde nicht für besonders zuverlässig, weil er von dem wegen der erwähnten Fehlerquellen ziemlich unzuverlässigen Übungskoeffizienten abhängt. Wir werden ihn daher nur mit Vorsicht verwerten können.

Es stehen uns also vier Vergleichswerte für jede Arbeitskurve zur Verfügung, die einen Schluß auf die individuelle Ermüdbarkeit zulassen.

Erstens: der Unterschied des Verhältnisses der 6. zur 5. Minutenleistung an Pausentagen und Kontrolltagen.

Zweitens: der Unterschied des Verhältnisses der zweiten 5′-Leistung zur ersten an Pausentagen und Kontrolltagen.

Drittens: das Verhältnis der 2. zur 10. Minutenleistung an den Kontrolltagen.

Viertens: der mit Hilfe des Übungskoeffizienten gewonnene Ermüdungskoeffizient.

Um noch einen Anhalt für die Übungfähigkeit der Versuchsperson zu gewinnen, hat *Specht* außerdem den durchschnittlichen täglichen Leistungzuwachs berechnet und zwar in Prozenten der ersten 5′-Leistung des ersten Tages. In den ersten 5′ jedes Tages steht die Versuchsperson unter gleichen Anregungs- und Ermüdungsbedingungen. Der tägliche Zuwachs dieses Arbeitabschnittes beruht demnach auf Übungswirkung. Allerdings spiegelt er nicht die reine Übungfähigkeit der Versuchsperson wieder; es hat vielmehr in den etwa 24 Stunden, die zwischen zwei Leistungen liegen, auch ein Übungsverlust stattgefunden, der individuell verschiedene Grade erreicht. Ferner spielt bei der Differenz der Tagesleistungen — jedoch in der Regel nur zwischen 1. und 2. Versuchstage [1]) — auch die Gewöhnung eine Rolle. Immerhin vermag der durchschnittliche tägliche Leistungzuwachs uns anzugeben, ob die Versuchsperson überhaupt übungfähig ist. Mir erschien es vorteilhaft, außerdem den Fortschritt der Leistung von Tag zu Tag für jede Versuchsperson in einer dritten Kurve (c) auszudrücken, in der die Abszisse der einzelnen Punkte den Tagen, die Ordinate der Größe der zugehörigen ersten 5′-Leistung

[1]) *Kraepelin*, Die Arbeitskurve S. 22.

entspricht. Die erwähnte Durchschnittzahl hängt nur von zwei einzelnen Zahlenwerten ab — von der ersten 5'-Leistung des ersten und der des letzten Tages — und ist infolgedessen mehr Zufälligkeiten ausgesetzt als eine Kurve, die die Leistungen sämtlicher Tage berücksichtigt. Näheres bei Besprechung der einzelnen Kurven.

Endlich gewinnen wir noch — auch nach dem Beispiele *Spechts* — ein vergleichbares Maß für die Leistungfähigkeit der einzelnen Versuchspersonen, indem wir die Gesamtleistung der ersten 5' aller Tage ausrechnen.

Die äußeren Umstände, unter denen die Versuche stattfanden, waren natürlich möglichst geregelt. Das Versuchzimmer lag ruhig und konnte während des Versuchs von keinem Dritten betreten werden. Versuchsperson und Versuchsleiter saßen stets am gleichen Platz. Die Versuche fanden möglichst genau um die gleiche Tageszeit statt, durchweg zwischen 10 und 12 Uhr vormittags. Die Kranken wurden morgens vor den Versuchen nach Möglichkeit nicht anderweitig (durch Untersuchungen und dgl.) in Anspruch genommen. Den an den Versuchen beteiligten Pflegern war vor allen Dingen Alkoholenthaltung auch außerhalb der Klinik zur Pflicht gemacht; es wurde darauf gesehen, daß keinem Versuchstage ein Urlaubsonntag voranging.

## Die Kurven der Gesunden.

I. P. D., Pfleger, 22 Jahre alt. Die Kurven a und b sinken von vornherein. Das läßt schon auf eine beträchtliche Ermüdbarkeit schließen. Ob in der ersten Minute des Pausentages ein wesentlicher Antrieb stattgefunden hat, ist schwer zu entscheiden. Der gleichmäßige Verlauf des Anfangteils der Kurven macht es nicht wahrscheinlich.

Auch die Übungfähigkeit der Person ist bedeutend. Nach der Pause steht die Leistung erheblich höher. Der Übungskoeffizient beträgt: (348: 382 =) + 9,8 %. Dieser Zahlenwert ist vielleicht noch zu klein. Denn wir dürfen wohl annehmen, daß die Leistung der 6. Minute des Pausentages durch einen Ermüdungsrest herabgedrückt wird. Wenigstens spricht der steilere Abfall der Kurve nach der Pause für stärkere Ermüdung.

Dagegen könnte freilich auch ein Anfangantrieb in der 6. Minute stattgefunden haben. Das geht aber aus der Kurve nicht hervor; sie fällt vom 6. zum 7. Punkt nicht steiler ab als vom 7. zum 8. Deutlich ist jedoch ein Antrieb in der 9. Minute. Es liegt sehr nahe, das beginnende Müdigkeitsgefühl für diese Erhöhung der Willenspannung verantwortlich zu machen. Auch der 10. Wert des Pausentages scheint noch unter — geringerer — Antriebswirkung zu stehen.



In der Kurve b fallen drei Spitzen auf und zwar in der 1., 6. und 9. Minute. Die erste bedeutet offenbar einen gewöhnlichen Anfangantrieb. Es ist auffällig, daß eine solche nur in der Kurve b sichtbar wird. Aus dem Versuchsprotokoll ergibt sich jedoch, daß eine hervorstechende Differenz zwischen erstem und zweitem Minutenwert nur am 4. und 8. Versuchstage sich finden läßt. Nur zweimal hat die Versuchsperson mit erhöhter Willenspannung die Arbeit begonnen. Zufällig waren die betreffenden Tage beide Kontrolltage, und so erklärt es sich, daß die Antriebswirkung nur in Kurve b sichtbar wird.

Es läßt sich freilich auf keine Weise ausschließen, daß außerdem jedesmal bei Beginn der Arbeit ein Antrieb stattgefunden hat, der in der Kurve durch ein Überwiegen der Übung über die Ermüdung in den auf den Antrieb folgenden Minutenabschnitten larviert wird.

Der Antrieb in der 6. Minute des Kontrolltages ist am Ende wieder auf das beginnende Müdigkeitsgefühl zurückzuführen; Sicheres läßt sich darüber nicht sagen. Jedenfalls ist zu berücksichtigen, daß infolge dieses Antriebes unser erster Vergleichswert zu klein ausfällt (s. u.).

Abgesehen von der Spitze in der 9. Minute steigt die Kurve b von der 7. bis zur 10. Minute anscheinend fortwährend. Eine so lange anhaltende Antriebswirkung scheint es nicht zu geben [1]); jeder in der Mitte der Arbeit auftretende Antrieb pflegt nur Bruchteile einer Minute zu dauern. Wohl aber können wir das Bestehen gehäufter kurzer Antriebe annehmen, zwischen denen die Leistung jedesmal auf das Niveau zurücksinkt, das ihr Übung und Ermüdung anweisen; es ist ja möglich, daß ein solches intermittierendes Absinken der Leistung in der Kurve deswegen nicht zum Ausdruck gelangt, weil die einzelnen Werte dem verhältnismäßig großen Zeitraum einer ganzen Minute entsprechen.

Der dritte Vergleichswert ist (s. u.) infolge des Antriebs in der 10. Minute zu klein.

Die Kurve c lehrt uns, daß der tägliche Leistungzuwachs im großen und ganzen von Tag zu Tag abnimmt; das entspricht durchaus der Erfahrung *Kraepelins* [1]), daß der Übungsfortschritt von Tag zu Tag geringer wird. Wir dürfen demnach schon aus dieser Kurve schließen, daß die Versuchsperson eine normale Übungfähigkeit besitzt.

Nun zu unsern Vergleichswerten:

1. Vergleichswert: Verhältnis der Leistung der 5. und der der 6. Minute an den Pausentagen: 326 : 382 = + 14,1 %; dasselbe an den Kontrolltagen: 349 : 358 = + 2,6 %. (N. B.: zu hoch wegen des Antriebs in der 6. Minute). Differenz: 11,5 % (etwa um 3 % zu klein).

2. Vergleichswert: Verhältnis der I. 5′-Leistung zur II. an den Pausentagen = 1703 : 1825 = + 7,2 %. Dasselbe an den Kontrolltagen = 1826 : 1735 = — 5,0 %. Differenz: 12,2 %.

---

[1]) *v. Voß*, a. a. O.

[1]) *Kraepelin*, Arbeitskurven S. 12.



3. Vergleichswert: Verhältnis der 2. zur 10. Minutenleistung an den Kontrolltagen = 371 : 344 = — 7,3 % (zu kleiner Zahlenwert wegen des Antriebs in der 10. Minute).

4. Vergleichswert (Ermüdungskoeffizient): Die erste 5′-Leistung des Kontrolltages beträgt 1826 Additionen. Unter dem Einfluß der Übung allein würde — nach Maßgabe des Übungskoeffizienten (vgl. S. 916, 4) — die Leistung in 5 Minuten um 9,8 %, also auf 2006 steigen. Tatsächlich werden nur 1735 Additionen ausgeführt. Die Ermüdung hat die Leistung der zweiten 5′ des Kontrolltages um (2006 — 1735 = 271 =) 13,5 % geschmälert.

Der durchschnittliche tägliche Leistungzuwachs (L.-Z.) macht 14,2 % der ersten 5′-Leistung des ersten Tages aus. Die Gesamtleistung der ersten 5′ aller 12 Tage (G.-L.) beträgt 3529 Additionen.

---

II. J. G., Pfleger, 33 Jahre alt. Die vielen unregelmäßigen Zacken der Kurven a und b verraten, daß die Versuchsperson mit sehr ungleichmäßiger Willenspannung gearbeitet hat. Es läßt sich infolgedessen schwer beurteilen, welchen Einfluß die Ermüdung auf den Verlauf der Kurve gehabt hat. Einen deutlichen Abfall, wie ihn das endgültige Überwiegen der Ermüdung über die Übung zeitigt, weist nicht einmal Kurve b auf. Das läßt auf geringe Ermüdbarkeit schließen. Auch der auffallend kleine Unterschied zwischen dem 5. und 6. Wert des Pausentages spricht dafür.

Der Leistungzuwachs (Kurve c) ist anfangs recht erheblich, erreicht jedoch schon nach 6 Tagen eine Höhe, die er später nicht mehr wesentlich überschreitet. Die Übungfähigkeit der Versuchsperson II ist also bei weitem schneller erschöpft als bei Versuchsperson I.

Der Ü.-K. (Übungskoeffizient) ist größer als im vorigen Falle: 294 : 328 = + 11,4 %.

Die andern Vergleichswerte sind:

1. Vergleichswert:

5.′ : 6.′ mit Pause: 314 : 328 = + 4,5 %
5.′ : 6.′ ohne Pause: 319 : 328 = + 2,8 %
Differenz: 1,7 %.

(Infolge des Antriebs in der 5. Minute des Pausentages und in der 6. Minute des Kontrolltages viel zu klein.)

2. Vergleichswert: I. : II. 5′-Leistung mit Pause 1514 : 1645 = + 8,7 %, I. : II. 5′-Leistung ohne Pause 1603 : 1630 = + 1,7 %. Differenz 7,0 %.

3. Vergleichswert: 2.′ : 10.′ o. P.: 342 : 325 = — 5,0 % (unzuverlässig wegen der starken Schwankungen der Kurve b, vgl. S. 916, Mitte).

4. Vergleichswert (Erm.-K.): — 8,7 %.



G.-L.: 3117
L.-Z.: + 6,9%.

III. P. L., Pfleger, 29 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| Ü.-K.: | 288:297 | = + 3,8% |
| 1. V.-W.: | 266:297 | = + 11,7% |
| | 282:279 | = — 1,1% |
| | | 12,8% |
| 2. V.-W.: | 1411:1450 | = + 2,8% |
| | 1472:1399 | = — 5,0% |
| | | 7,8% |
| 3. V.-W.: | 302:294 | = — 3,2% |
| Erm.-K. (4. V.-W.) | | = — 8,4% |

G.-L.: 2883
L.-Z.: + 5,3%.

Der erste Wert der Kurven a und b verrät einen deutlichen Anfangantrieb an allen Tagen. In der 6. Minute des Pausentages scheint ein solcher zu fehlen. Der erste Teil der Kurve a geht stetig bergab. Die Ermüdbarkeit ist offenbar erheblich, denn sie hat von vornherein das Übergewicht. Die abfallende Tendenz der zweiten Hälfte der Kurve a ist noch ein wenig stärker, doch treten ihr zwei Antriebe entgegen, der eine in der 7., der andere in der 9. Minute. Der Anfangantrieb nach der Pause scheint etwas verspätet einzusetzen, so daß er auf den 6. Wert der Kurve a nur wenig, den 7. aber ausgiebig wirkt. In der 9. Minute könnte es sich um einen Müdigkeitsantrieb handeln.

Die Kurve b fällt ebenfalls bis zum 7. Wert stetig ab, dann aber nimmt sie eine aufsteigende Richtung. Dieser Umschwung wird wohl — wie bei Versuchsperson I — durch kurz nacheinander einsetzende Müdigkeitsantriebe verursacht worden sein; vielleicht können sich auch Müdigkeits- und Schlußantrieb kombinieren.

Dieser Anstieg gegen das Ende der Kurve ist natürlich auch die Ursache, daß der 2. V.-W. kleiner als der erste ausgefallen ist. Ausnahmweise dürfte hier also der letztere den größeren Anspruch auf Richtigkeit machen; freilich wird auch er durch den kleinen Antrieb in der Minute nach der Pause etwas zu hoch.

Der 3. V.-W. ist ebenfalls infolge des erwähnten Schlußantriebes zu klein. Da wir auch bei dieser Versuchsperson das Vorhandensein eines Ermüdungsrestes nach der Pause annehmen dürfen (schnelleres Sinken der zweiten Hälfte der Kurve a), so ist auch der Ü.-K. vermutlich zu klein; ebenso natürlich der von ihm hergeleitete Erm.-K.

Die Kurve c erreicht wie bei Versuchsperson II in schlankem Anstieg am 6. Tage eine Höhe, die sie später nicht mehr wesentlich überschreitet. Auch bei dieser Versuchsperson finden wir also ein schnelles Versiegen der Übungfähigkeit.

IV. M. H., Pfleger, 22 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K.: | 290 : 297 = + 2,4 % |
| 1. V.-W.: | | 252 : 297 = + 17,9 % |
| | | 270 : 255 = — 9,3 % |
| | | Differenz: 27,2 % |
| 2. V.-W.: | | 1375 : 1363 = — 0,9 % |
| | | 1482 : 1304 = — 11,2 % |
| | | 10,3 % |
| 3. V.-W.: | | 312 : 256 = — 14,7 % |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 14,1 % |
| | | G.-L.: 2857 |
| | | L.-Z.: + 12,4 %. |

Die Erhöhung der beiden ersten Minutenleistungen beider Kurven und der 6. der Kurve a müssen wir als Antriebswirkung deuten. Der Antrieb ist bedeutend, sowohl hinsichtlich seiner Größe als auch hinsichtlich seiner Dauer; seine Wirkung ist bei dieser Versuchsperson ausnahmweise vielleicht noch in der 2. Minute sichtbar.

Die Ermüdung äußert sich am schärfsten am Kontrolltage: vom 3. bis zum 6. Wert sinkt die Kurve in zunehmendem Grade. Dann beginnt eine neue Serie von Antrieben, und zwar wiederum von recht beträchtlichen. Wenn wir die aus den drei Teilstrecken vom 3. bis zum 6. Wert bestehende Linie im Sinne der beiden äußeren Teilstrecken nach beiden Seiten verlängern (vgl. die punktierte Linie bei Kurve IV), so erhalten wir eine Kurve, aus der die mutmaßlichen Antriebswirkungen ausgemerzt sind, und sie weicht für die letzten Minuten noch mehr von der wirklichen Kurve ab als für die ersten. Übrigens dürfen wir wohl auch die entschiedene Abwärtsneigung der Kurve a in ihrem letzten Teil dem Überwiegen der Ermüdungswirkungen zuschreiben.

Der 1. V.-W. ist infolge des Antriebs in der Minute nach der Pause zu groß.

Der 2. V.-W. ist sicher zu klein. Denn die Antriebe haben am Pausentage auf die erste 5'-Leistung stärker gewirkt, am Kontrolltage jedoch auf die zweite. Es müßte danach, was die beiden zur Berechnung des 2. V.-W. verwendeten Quotienten angeht, der Dividend des ersten und der Divisor des zweiten eigentlich größer sein.

Zum 3. V.-W. ist zu bemerken, daß der 2. Wert der Kurve b durch Antrieb beeinflußt ist, der 10. Wert aber noch erheblich mehr. V.-W. 3 dürfte also eher zu klein als zu groß sein.

Der Ü.-K. ist auffällig klein. Da sowohl der 2. wie der 6. Wert der Kurve a unter einer Antriebswirkung steht, deren Größe sich nicht abschätzen läßt, dürfen wir uns nicht auf unsere Berechnung verlassen.

Der recht bedeutende L.-Z. von 12,4 % spricht vielmehr für eine gute Übungfähigkeit. Wir können den Ü.-K. als zu klein ansehen. Der Erm.-K. ist natürlich in demselben Maße zu klein.



Die Kurve c zeigt uns das schöne Bild einer fast akkurat parabolisch aufsteigenden Linie; ein Zeichen, daß die Arbeitweise der Versuchsperson nur wenig durch tägliche Schwankungen der Disposition beeinflußt worden ist.

---

V. E. Z., Pfleger, 19 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K. | 249 : 251 = + 0,8%. |
| 1. V.-W.: | | 246 : 251 = + 2,0% |
| | | 267 : 240 = — 10,1% |
| | | 12,1% |
| 2. V.-W.: | | 1251 : 1237 = — 1,1% |
| | | 1351 : 1227 = — 9,2% |
| | | 8,1% |
| 3. V.-W.: | | 271 : 236 = — 12,5% |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 9,9% |
| | G.-L.: | 2602 |
| | L.-Z.: | + 7,7%. |

Die erste Minute der Pausentage zeigt einen Anfangantrieb, die 5. einen geringen Schlußantrieb. Der 6. Punkt der Kurve a steht merkwürdigerweise tiefer als der 7. Das Protokoll gibt uns die Auskunft, daß hieran die ungewöhnliche 6. Minutenleistung eines einzigen Versuchstages, nämlich des 5., schuld ist; sie allein ist um 10 bis 12 Zahlen kleiner als ihre Nachbarinnen, während an allen übrigen Pausentagen die 6. Leistung nur um 0 bis 6 Zahlen von der 5. u. 7. abweicht. An diesem Tage wurde die Versuchsperson von der Aufforderung weiterzurechnen überrascht und brauchte fast eine Viertelminute, um sie zu begreifen.

Im übrigen fallen die Kurven in mäßiger Neigung ohne jede Schwankung ab. Die absonderliche Zacke in der Kurve b (6. Minute) ist auf zufällige Einflüsse zurückzuführen.

Aus dem eigentümlichen Abfall der Kurven schließen wir, daß die Versuchsperson recht ermüdbar ist. Aber welchen der vier so verschiedenen V.-W. sollen wir als den richtigsten anerkennen? Der erste ist infolge des Tiefstandes des 6. Punktes der Kurve a zu klein, wegen des 6. Punktes der Kurve b zu groß. Außerdem ist der sicher nach der Pause vorhandene Ermüdungsrest nicht berücksichtigt. Der 2. V.-W. ist sicher beträchtlich zu klein; der Umstand, daß die zweite 5'-Leistung auch an den Pausentagen kleiner als die erste ist, weist darauf hin, daß die Ermüdung durch die Pause noch bei weitem nicht völlig ausgeglichen ist.

Recht zuverlässig erscheint mir aber der 3. V.-W.

Der Ü.-K. ist erheblich zu klein, weil der 6. Wert der Kurve a zu klein ist, und dementsprechend auch der Erm.-K.

Für eine nicht grade sehr geringe Übungfähigkeit spricht auch Kurve c. Der Leistungzuwachs ist in den ersten Tagen gar nicht niedrig. Nachher verkleinert er sich zwar zusehends, die Leistung steigt jedoch noch bis zum 10. Tage sehr deutlich.

---



VI. H. M., Ziegeleiarbeiter, 26 Jahre alt (wegen leichter Neuritis des rechten Plexus brachialis in der Klinik; psychisch intakt).

Ü.-K.: 242: 267 = + 10,3 %.

| | | |
|---|---|---|
| 1. V.-W.: | 246: 267 = + 8,5 % | |
| | 257: 256 = — 0,4 % | |
| | 8,9 % | |
| 2. V.-W.: | 1218: 1300 = + 6,7 % | |
| | 1291: 1303 = + 0,9 % | |
| | 5,8 % | |
| 3. V.-W.: | 269: 262 = — 2,6 % | |

Erm.-K. (4. V.-W.): — 8,5 %

G.-L.: 2509

L.-Z.: + 13,3 %.

Es lassen sich auffällig wenig Antriebe feststellen. Mit Sicherheit können wir erhöhte Willenspannung nur in der 2. Minute der Kontrolltage annehmen, vielleicht auch noch — aber das ist ungewiß — in der 4. Minute der Pausentage.

Während Kurve b und der erste Teil von Kurve a im großen und ganzen steigen, fällt der zweite Teil der Kurve a gleichmäßig ab. Eine völlig befriedigende Erklärung für dies widerspruchvolle Verhalten können wir nicht geben. Die Pause erhöht ja die Leistung der Versuchsperson durch Ausgleichung der Ermüdungswirkung, das beweist der höhere Anfang. Aber sie scheint die ganze Arbeitweise der Versuchsperson ungünstig zu beeinflussen. Ein etwa besonders großer Anregungsverlust kann daran nicht schuld sein. Ein solcher könnte die ersten Leistungen nach der Pause vermindern; nachher würde sich die Anregung wieder einstellen und den Verlauf der Kurve in günstigem Sinne modifizieren.

Man könnte vermuten, daß dieser ungewöhnliche Einfluß der Pause mit der eigentümlichen Art der Versuchsperson, ohne wesentlichen Antrieb zu arbeiten, zusammenhängt. Wir werden indessen eine ähnliche ungünstige Wirkung auch bei einer andern Versuchsperson (XI) finden, deren Kurve sich grade durch lebhafte Antriebe auszeichnet.

Gegen den Ü.-K. läßt sich nichts einwenden. Zeugt doch auch der dauernde Anstieg der Kurve b für starke Übungfähigkeit. Kurve c beweist uns durch ihr stetiges Steigen, daß die Übungfähigkeit der Versuchsperson sehr ausgiebig ist.

Demzufolge können wir auch den Erm.-K. als einigermaßen fehlerfrei ansehen; um so mehr, als er ebenso groß wie der gleichfalls einwandfreie 1. V.-W. ist. Der 2. V.-W. wird durch den unerklärlichen Abfall der zweiten 5′-Leistung der Pausentage ungebührlich verkleinert; der 3. ist völlig unbrauchbar, weil Kurve b dauernd steigt, also gar keine Ermüdung verrät, und weil er nur durch den zufälligen Anstieg des 2. Wertes überhaupt ein negatives Vorzeichen erhalten hat.



VII. A. E., Pfleger, 29 Jahre alt.

Ü.-K.: 238 : 241 = + 1,3 %.

1. V.-W.: 220 : 241 = + 9,5 %
247 : 247 = 0 %
9,5 %

2. V.-W.: 1154 : 1197 = + 3,7 %
1259 : 1212 = — 3,7 %
7,4 %

3. V.-W.: 260 : 238 = — 8,5 %

Erm.-K. (4. V.-W.): — 7,2 %

G.-L. 2413

L.-Z.: + 3,6 %.

Die Versuchsperson vermag offenbar nicht mit gleichmäßiger Willenspannung zu arbeiten. In der 4. Minute der Kurve a, sowie in der 4. und der 7. Minute der Kurve b läßt die Leistung ganz plötzlich beträchtlich nach, ohne daß ein weiteres gleichmäßiges Sinken uns anzunehmen gestattete, daß die wachsende Ermüdung an diesem Abfall schuld sei.

Anfangantriebe treten nicht hervor. Vielmehr sinken die Kurven, wenn wir von den erwähnten drei kleinen Unregelmäßigkeiten absehen, nach kurzem Verweilen auf der Höhe (1. Teil der Kurve a) oder nach bescheidenem, schnell vorübergehendem Anstieg (Kurve b und 2. Teil der Kurve a) ziemlich gleichmäßig; die Kurve b fällt zuletzt ersichtlich mit größerer Geschwindigkeit ab als zu Anfang.

Die Ermüdung macht sich also bald bemerkbar. Da nun sowohl unser Ü.-K. als auch der geringe Gesamtanstieg der Kurve c vermuten lassen, daß die Übungfähigkeit der Versuchsperson gering ist, können wir uns wohl auf ihre übereinstimmenden Angaben verlassen.

Unsere vier V.-W. schwanken nur zwischen 7,2 und 9,5 %. Es sind gegen keinen von ihnen wesentliche Einwände zu erheben.

---

VIII. E. H., Pfleger, 23 Jahre alt.

Ü.-K. 217 : 227 = + 4,6 %

1. V.-W.: 183 : 194 = + 6,0 %
227 : 233 = + 2,6 %
3,4 %

2. V.-W.: 1072 : 1113 = + 3,8 %
1149 : 1116 = — 2,9 %
6,7 %

3. V.-W.: 228 : 221 = — 3,1 %

Erm.-K. (4. V.-W.): — 7,2 %

G.-L.: 2221

L.-Z.: + 10,5 %.

Die Willenspannung der Versuchsperson wechselt beständig. Es finden sich nicht nur an allen in Betracht kommenden Stellen deutliche Anfang- und Schlußantriebe; auch in der Mitte des Verlaufs zeigen die Kurven ein regelmäßiges Auf und Ab.

Der Quotient aus der 5. und der 6. Minutenleistung der Kontrolltage ist unbrauchbar, weil der Dividend ein Wellental und der Divisor einen Wellenberg der Kurve b darstellt, und damit ist der 1. V.-W. wertlos. Der 3. V.-W. ist infolge des Schlußantriebes zu klein. Einiges Vertrauen hingegen verdient der 2. V.-W., in dem die Schwankungen von Minute zu Minute nicht zum Ausdruck kommen.

Der Ü.-K. ist wohl kaum zu hoch; übertrifft doch auch der Erm.-K. den (maßgeblichen) 2. V.-W. nur um 0,5, und weist doch die Kurve c auf eine recht beträchtliche und auf ausdauernde Übungfähigkeit hin.

---

IX. F. H., Pfleger, 24 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K. 268 : 221 | = + 6,3 % |
| 1. V.-W.: | 193 : 221 | = + 14,5 % |
| | 212 : 222 | = + 4,7 % |
| | | 9,8 % |
| 2. V.-W.: | 1033 : 1073 | = + 3,9 % |
| | 1107 : 1104 | = — 0,3 % |
| | | 4,2 % |
| 3. V.-W.: | 226 : 214 | = — 5,3 % |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 6,2 % |
| | G.-L.: 2140 | |
| | L.-Z.: + 13,6 %. | |

Der 1., 4., 7. und 10. Arbeitwert der Kurve a, der 6. und 9. der Kurve b erheben sich über das Niveau der übrigen, was auf gesteigerte Willenspannung in den betreffenden Minuten deutet. Einen einheitlichen Verlauf zeigt nur die erste Hälfte der Kurve a, und zwar sinkt sie in mäßigem Grade, während ihre 2. Hälfte und Kurve b in Wellenlinien fortschreiten.

Bei diesem Verhalten läßt es sich nicht beurteilen, ob die berechneten Zahlenwerte uns ein annähernd richtiges Bild von der Übungfähigkeit und Ermüdbarkeit der Versuchsperson geben. Daß ihre Übungfähigkeit der der andern Versuchspersonen zum mindesten nicht nachsteht, zeigt die flott und dauernd ansteigende Kurve c nebst dem durchschnittlichen täglichen Leistungzuwachs von 13,6 % der ersten 5′-Leistung des ersten Tages.

Wenn wir den Ü.-K. von 6,3 % für den richtigen ansehen, so erhalten wir einen Erm.-K. von 6,2 %. Da die Annahme, daß Übung und Ermüdung einander so die Wage halten, wenigstens auf Kurve b paßt und dem Verlauf der Kurve a nicht unbedingt widerspricht, so können wir



diese beiden Zahlenwerte wohl — faute de mieux — mit den entsprechenden der andern Versuchspersonen in Vergleich stellen.

---

X. B. T., Pfleger, 19 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K. | 176 : 178 = + 1,2 % |
| 1. V.-W.: | | 179 : 178 = — 0,6 % |
| | | 183 : 194 = + 6,0 % |
| | | negativ! |
| 2. V.-W.: | | 884 : 886 = + 0,2 % |
| | | 914 : 892 = — 2,4 % |
| | | 2,6 % |
| 3. V.-W.: | | 186 : 173 = — 7,0 % |
| | Erm.-K. | (4. V.-W.): — 3,6 % |
| | | G.-L. 1798 |
| | | L.-Z.: + 19,8 %. |

Das Niveau der Leistungen ändert sich in den einzelnen Minuten nur wenig. Anfangantriebe sind nicht sichtbar. Am Ende der Kurve a zeigt sich ein deutlicher Schlußantrieb.

Durch den 6. Arbeitwert entsteht in der Kurve b eine nach oben gerichtete Zacke, durch den 7. eine ausgleichende Zacke nach unten. Die Wirkung der Ermüdung tritt einerseits darin hervor, daß der 2. Teil der Kurve b tiefer als der erste steht, andrerseits wohl auch in dem Abfall des 9. Werts der Pausentage gegenüber dem 8.

Ob der Ü.-K. die Versuchsperson einigermaßen richtig charakterisiert, ist recht zweifelhaft. Bei so flach verlaufender Kurve rufen selbst die kleinsten Unterschiede in den absoluten Zahlen verhältnismäßig große Veränderungen in unserm V.-W. hervor. Ich möchte hier infolgedessen auf die aus einzelnen Minutenleistungen gewonnenen V.-W. gar kein Gewicht legen, kann es auch gar nicht, da der eine völlig unbrauchbar ist und die beiden andern erheblich divergieren. Am zuverlässigsten dürfte auch in diesem Falle der 2. V.-W. sein, der aus den Leistungen der verschiedenen 5'-Abschnitte gewonnen ist.

Der Erm.-K. wäre danach zu groß; daraus müßte folgen, daß dasselbe bei dem doch schon so kleinen Ü.-K. der Fall ist. Mögen diese Werte im Verhältnis zu denen der andern Versuchspersonen richtig sein oder nicht, jedenfalls besitzt die Versuchsperson X offenbar eine sehr geringe Übungfähigkeit und eine sehr geringe Ermüdbarkeit.

Demgegenüber muß es auffallen, daß der L.-Z. die stattliche Größe von 19,8 % erreicht. Angesichts der geringen Übungfähigkeit der Versuchsperson sind wir zu der Annahme genötigt, daß bei ihr die Übungfestigkeit unvergleichlich stärker ist als bei den Versuchspersonen mit höheren absoluten Leistungen.

---

XI. K. B., Pfleger, 21 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K. | 165: 184 = + 11,5 % |
| 1. V.-W.: | | 153: 184 = + 20,3 % |
| | | 173: 164 = — 5,2 % |
| | | 25,5 % |
| 2. V.-W.: | | 813: 826 = + 1,6 % |
| | | 852: 830 = — 2,6 % |
| | | 4,2 % |
| 3. V.-W.: | | 163: 167 = positiv! |
| | Erm.-K. | (4. V.-W.): — 10,3 % |
| | | G.-L. 1665 |
| | | L.-Z. + 27,2 %. |

Deutlicher Anfangantrieb in der 1. und 6. Minute der Pausentage und in der 1. Minute der Kontrolltage. Davon abgesehen, fällt der 2. Teil der Kurve a sichtlich ab, während der 1. Teil nur eine leichte, Kurve b aber gar keine Senkung zeigt. Wir fanden ein ähnlich widerspruchvolles Verhalten der Kurven bereits bei Versuchsperson VI und wiesen auf die Schwierigkeit einer zureichenden Erklärung hin.

Ü.-K. zu groß infolge des Antriebs nach der Pause; ebenfalls zu groß also der Erm.-K.

Der 1. V.-W. ist ganz unsinnig groß, da in dem 1. Quotienten der Divisor, im zweiten der Dividend infolge von Antriebswirkungen vergrößert ist. Wenn einer der V.-W. zuverlässig ist, so ist es — wie gewöhnlich — der zweite; der dritte ist völlig unbrauchbar.

Kurve c: Wie bei der vorigen Versuchsperson findet sich ein auffällig großer täglicher Leistungzuwachs. Der 11. Tag weist — offenbar infolge schlechter Disposition — eine unerwartet niedrige Leistung auf.

---

XII. K. M., Pfleger, 24 Jahre alt.

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K.: | 150: 146 = negativ! |
| 1. V.-W.: | | 147: 146 = — 0,7 % |
| | | 156: 155 = — 0,6 % |
| | | negativ! |
| 2. V.-W.: | | 728: 730 = + 1,4 % |
| | | 765: 742 = — 3,0 % |
| | | 4.4 % |
| 3. V.-W.: | | 146: 153 = positiv! |
| | Erm.-K. | (4. V.-W.): — |
| | | G.-L.: 1493 |
| | | L.-Z.: + 14,1 %. |

Je geringer die absoluten Leistungen sind, desto häufiger lassen uns die V.-W. im Stich! Nur der 2. liefert in diesem Fall ein Ergebnis, dessen wir uns dann eben notgedrungen bedienen müssen.



Die Kurven a und b verlaufen mit unwesentlichen Schwankungen etwa wagerecht.

Die Übungfähigkeit muß ungefähr so groß sein, daß sie die Ermüdungswirkung 10 Minuten lang ausgleichen kann; mehr läßt sich nicht behaupten. Die Kurve c sagt uns nur, daß auch am Ende der 12 Tage die Leistung noch durch Übungswirkung von Tag zu Tag vergrößert wird.

## Die Kurven der Unfallkranken.

### A. Versuchstage vollzählig.

XIII. L. T., Maler, 46 Jahre alt. 18. März 1905 Fall aus 3 Meter Höhe auf den Hinterkopf. Leichte Quetschwunde. — Gegenwärtig: Vereinzelte hypochondrische Beschwerden. Psychogene Sensibilitätstörungen, Klopfempfindlichkeit der Stirn, Einschränkung des Gesichtsfeldes. Außerdem Reste alter Blei- (oder Alkohol-?) Neuritis. Gesamte Erwerbbeschränkung: 50 %.

| | | |
|---|---|---|
| | G.-L.: | 929 |
| | L.-Z.: | + 6,8 % |
| | Ü.-K.: 85 : 97 | = + 14,1 % |
| 1. V.-W.: | 98 : 97 | = — 1,0 % |
| | 97 : 95 | = — 2,1 % |
| | | 1,1 % |
| 2. V.-W.: | 455 : 485 | = + 6,6 % |
| | 474 : 452 | = — 4,6 % |
| | | 11,2 % |
| 3. V.-W.: | 85 : 96 | = positiv! |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 8,3 %. |

Anfangantrieb im ersten Wert beider Kurven, Schlußantrieb im 5. Wert der Kurve a. Letzterer macht den 1. V.-W. unbrauchbar. Da ebenso wie Kurve a auch Kurve b im ganzen ansteigt, ist der 3. V.-W. ebenfalls nicht als Ermüdungsmaß zu verwenden. Wenn der 2. V.-W. richtig ist, so müßte eigentlich der Erm.-K. zu klein sein und demzufolge auch der schon so große Ü.-K. Soviel kann man wohl annehmen, daß die Ermüdbarkeit der Versuchsperson nicht unbeträchtlich ist, aber durch eine sehr gute Übungfähigkeit verdeckt wird.

---

XIV. T. K., Maschinenschlosser, 58 Jahre alt. 24. 8. 04 fiel ihm beim Montieren einer Pumpe ein Pumpenkolben auf den Kopf. Hautwunde von 5 cm Länge, fissurartiger Schädelbruch. Gegenwärtig klagt er über Schwindelanfälle, Kopfschmerzen und Stiche in der rechten Seite; er ist nervöser als früher, kann keinen Lärm vertragen, hört oft Geräusche

im Ohr, Summen und Zirpen. Kein objektiver Befund. — Erwerbbeschränkung infolge des Unfalls: 30 %.

| | | |
|---|---|---|
| | | G.-L.: 898 |
| | | L.-Z.: + 5,8 % |
| | Ü.-K.: | 91 : 100 = + 9,9 % |
| 1. V.-W.: | | 91 : 100 = + 9,9 % |
| | | 84 : 88 = + 4,3 % |
| | | 5,6 % |
| 2. V.-W.: | | 446 : 459 = + 2,9 % |
| | | 452 : 420 = — 7,1 % |
| | | 10,0 % |
| 3. V.-W.: | | 92 : 90 = — 2,2 % |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 15,5 %. |

Der 5. und 6. Wert der Kurve a sind durch Schluß- und Anfangantrieb erhöht; der aus ihnen gebildete Quotient wird dadurch unzuverlässig, mit ihm der 1. V.-W. Gegen den 2. V.-W. ist nichts einzuwenden. Der 3. V.-W. ist viel zu klein, weil die 10. Minute der Kontrolltage unter starker Antriebswirkung steht. Der Erm.-K. ist etwas zu groß, da er vom Ü.-K. abhängt und dieser durch den Antrieb in der 6. Minute zu groß geworden ist.

Die Kurve c verläuft eigentümlich treppenförmig. Durch zwei jähe Anstiege wird sie in drei Teile zerlegt, deren jeder an sich nur eine bescheidene aufsteigende Richtung zeigt. Die jähen Sprünge können auf Übungswirkung allein nicht zurückgeführt werden. Das Versuchsprotokoll ermöglicht uns noch eine weitere Erklärung: Am 9. Tage erklärte die Versuchsperson: heute will ich mal ein bißchen schneller rechnen. Infolge dieses Entschlusses fiel die Tagesleistung fast doppelt so hoch aus wie die vorhergehende. Der Sprung von der 3. Tagesleistung zur 4. ist wahrscheinlich durch eine ähnliche Veränderung der Willenspannung zustandegekommen.

Daß der Durchschnitt des täglichen Leistungzuwachses unter solchen Umständen keinen Anhalt für die Übungfähigkeit der Versuchsperson gibt, liegt auf der Hand.

---

XV. G. W., Händler, 39 Jahre alt. 16. 2. 99 bekam er, nachdem er einige Zeit schwere Stücke Dachpappe auf der rechten Schulter getragen hatte, eine rechtseitige Hemiparese. Diese besteht heute noch, und es ist zweifelhaft, ob sie organischen oder hysterischen Ursprungs ist. Daneben aber finden sich zahlreiche Stigmata (sensorischer, sensibler, vasomotorischer Art, ferner Pseudotetanie). Die Wahrscheinlichkeit, daß auch die Hemiparese hysterisch ist, wird infolgedessen recht groß. Erwerbbeschränkung durch die Neurose: 75 %

G.-L.: 889
L.-Z.: — 0,4 %
Ü.-K.: 91: 99 = + 8,8 %
1. V.-W.: 87: 99 = + 13,8 %
·83: 87 = + 4,8 %
9,0 %
2. V.-W.: 447: 459 = + 2,7 %
442: 401 = — 9,2 %
11,9 %
3.-W.: 97: 77 = — 17,2%
Erm.-K. (4. V.-W.): — 12,6 %.

Spitzen in der Kurve a beim 4., 6. und 8. Wert, in der Kurve b beim 2. und 6. Die Zuverläsigkeit des 1. V.-W., der sich auf die 5. und 6. Werte der Kurven stützt, wird infolgedessen zweifelhaft. Auch der Ü.-K. dürfte wegen des Antriebs in der 6. Minute ein wenig zu hoch sein, ebenso der Erm.-K.; desgleichen der 3. V.-W. wegen der zufälligen Erhöhung des 2. Wertes.

Beide Kurven fallen von vornherein ab; die Wirkung der Ermüdung überwiegt die der Übung von Anfang an. Dies Verhältnis der beiden psychischen Grundeigenschaften findet seinen Ausdruck auch darin, daß der 2. V.-W. — der zuverlässig ist — größer als der Ü.-K. ist.

Von einem täglichen Leistungzuwachs ist nichts wahrzunehmen. Kurve c verläuft in ihrer Gesamtheit durchaus horizontal. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die Versuchsperson bereits große Übung im Rechnen besaß — er ist Kaufmann —; in solchem Falle dürfen wir keine Zunahme der Übung mehr erwarten. Die trotz der Übung geringe Höhe der G.-L. ist eine Folge der psychischen Hemmung.

---

XVI. W. H., Eisenarbeiter, 44 Jahre alt. 20. 9. 04 fiel ihm ein eiserner Mantel vom 3. Stock aus auf den Kopf, er stürzte in den Keller. Quetschwunden am Kopf. In der Folge eigenartige Erregungzustände. Gegenwärtig: exquisit psychogene Parese des rechten Armes, flüchtige Sensibilitätstörungen, nervöse Übererregbarkeit (Dermographie, leichtes Schwitzen), Patellarkurve mit psychogener Vorreaktion, schwacher Rachenreflex.

G.-L.: 294
L.-Z.: + 11,9 %
Ü.-K.: 28: 27 = negativ!
1. V.-W.: 29: 27 = — 8,9 %
30: 27 = — 10,0 %
1,1 %
2. V.-W.: 146: 133 = —8,9 %
148: 155 = 2,0 %
negativ!
3. V.-W.: 29: 27 = — 8,9 %
Erm.-K. (4. V.-W.): —



Bei der ungemein niedrigen Leistung ist eine Beurteilung der Ermüdbarkeit nicht möglich. Die auffälligen Differenzen der V.-W. bestätigen die ohnehin wahrscheinliche Annahme, daß sie sämtlich durch Zufälligkeiten bestimmt sind. Daß eine gewisse Übungfähigkeit da ist, lehrt nur Kurve c, die einen ziemlich regelmäßigen täglichen Leistungzuwachs, wenigstens bis zum 9. Tage, verzeichnet.

---

XVII. A. L., Schiffbauarbeiter, 39 Jahre alt. 19. 6. 97 fielen ihm zwei Planken aus beträchtlicher Höhe auf den Kopf. Schwere Hirnerschütterung, Hirnblutung mit Hemiplegie rechts; fast vollständige Besserung im Lauf einiger Wochen.

Gegenwärtig: organisch: geringe Schwäche der rechten Fingerstrecker. Psychogen: zahlreiche hypochondrische Klagen; enorme psychische Hemmung; nur wenn es sich um sein Leiden handelt, spricht er lebhaft und gewandt. Schwäche des rechten Armes und des rechten Beines. Hyperästhesie der Kopfhaut, flüchtige ausgedehnte Sensibilitätstörungen, eingeengtes Gesichtsfeld, lebhafte Reflexe, Zitteranfälle.

Erwerbbeschränkung: etwa 70%.

| | | |
|---|---|---|
| | G.-L.: | 156 |
| | L.-Z.: | — 2,7 % |
| | Ü.-K.: | 15: 16 = + 6,7 % |
| 1. V.-W.: | | 18: 16 = — 11,1 % |
| | | 18: 18 = 0 % |
| | | negativ! |
| 2. V.-W.: | | 78: 88 = + 12,8 % |
| | | 78: 87 = + 11,5 % |
| | | 1,3 % |
| 3. V.-W.: | | 13: 17 = positiv! |
| | Erm.-K. (4. V.-W.) | = positiv! |

Alle drei Kurven kriechen ohne sonderliche Erhebung wurmförmig dahin. Über Übung und Ermüdung sagen sie uns gar nichts.

Die Leistung dieser Versuchsperson stellt wohl das Minimum der Möglichkeit dar. Angesichts einer so starken Denkhemmung versagt die Methode. Wir können auch nicht behaupten, daß bei einer Minutenleistung von 2—6 Additionen das Niederschreiben des Resultates wenig Zeit in Anspruch nimmt; die motorische Hemmung der Versuchsperson hat gewiß die Leistung noch verschlechtert.

Kurve c fällt dauernd ab, d. h. die psychische Hemmung nimmt von Tag zu Tag zu.

---

## B. Weniger als 12 Versuchstage.

Die mutmaßliche Höhe, die die G.-L. in 12 Tagen erreicht haben würde, ist mit Hilfe der Kurve c abgeschätzt. Da der Leistungzu-

wachs in den späteren Tagen eher nachläßt als zunimmt, dürften die so erlangten Resultate höchstens zu hoch sein.

α) Die folgenden drei Kranken konnten nur 10 Tage rechnen.

XVIII. K. S., Lokomotivführer, 41 Jahre alt. 16. 6. 09 fiel ihm ein mehrere Pfund schweres Stück Kohle aus etwa 3 m Höhe auf den Kopf. Blutende Wunde, davon ausgehend Erysipel, das in 14 Tagen ausheilte. Seitdem zunehmende Kopfschmerzen. S. ist blaß, wird leicht kongestioniert und klagt über Schwindel, Schlaflosigkeit, zeitweise häufiges Aufstoßen, vor allem aber über dauernde Kopfschmerzen in der Gegend der gut verheilten Narbe. Erwerbbeschränkung: 50 %.

G.-L.: 1024, für 12 Tage: etwa 1266

L.-Z.: + 5,2 %

Ü.-K.: 92 : 116 = + 26,1 %

| | |
|---|---|
| 1. V.-W.: | 93 : 116 = + 24,7 % |
| | 102 : 104 = + 2,0 % |
| | 22,7 % |
| 2. V.-W.: | 491 : 531 = + 8,2 % |
| | 533 : 517 = — 3,0 % |
| | 11,2 % |
| 3. V.-W.: | 105 : 105 = 0 % |

Erm.-K.: — 23,1 %

Antrieb in sämtlichen Anfangminuten, besonders in der 6. Minute der Pausentage. Infolgedessen: Ü.-K. und Erm.-K. viel zu groß. Ferner ist auch beim 1. V.-W. der erste Quotient viel zu groß.

Der 2. V.-W. ist ohne auffällige Fehler. Der 3. V.-W. — durch Schlußantrieb in der 10. Minute beeinflußt — ist unbrauchbar.

Kurve c zeigt vom 2. bis zum 10. Tage nur geringen Anstieg. Der große Zuwachs des 2. Tages gegenüber dem 1. ist wohl nicht nur durch die Übung, sondern hauptsächlich durch die Gewöhnung (vgl. S. 917) hervorgerufen.

Daß die Übungfähigkeit der Versuchsperson deswegen gering sein müßte, braucht man nicht anzunehmen; vielleicht liegt nur geringe Übungsfestigkeit vor, infolge deren die Übungswirkung in 24 Stunden nahezu verloren geht.

Die Ermüdbarkeit ist nicht hochgradig.

---

XIX. L. B., Metallarbeiter, 53 Jahre alt. 3. 5. 90 aus der Höhe des ersten Stocks von der Leiter auf die rechte Seite gefallen. Keine äußere Verletzung. Seitdem psychogene Hemiparese. Gegenwärtig außerdem viele Halbseitensymptome (rechts fehlt der Hornhautreflex, rechts ist das Gesichtsfeld eingeengt, rechts die Seh-, Schmeck- und Riechfähigkeit herabgesetzt, der rechte Fuß ist kälter als der linke, Kraft rechts ein Drittel so groß wie links, Anästhesie, Analgesie und Thermhypästhesie



der rechten Körperhälfte, er schwitzt rechts stärker als links). Ferner: fehlender Rachenreflex, Patellarkurve mit psychogener Vorreaktion, Dermographie, Tremor; labile Stimmung.

Völlig erwerbunfähig.

G.-L.: 630, für 12 Tage etwa 775
L.-Z.: + 3,0 %
Ü.-K.: 62 : 62 = 0 %

| | | |
|---|---|---|
| 1. V.-W.: | 49 : 62 = + 26,5 % | |
| | 59 : 66 = + 11,9 % | |
| | | 14,6 % |
| 2. V.-W.: | 309 : 319 = + 3,2 % | |
| | 221 : 324 = + 0,9 % | |
| | | 2,3 % |
| 3. V.-W.: | 56 : 66 = positiv! | |

Erm.-K. (4. V.-W.): —

Alle drei Kurven verlaufen bei diesem sensitiven Kranken im Zickzack; Antriebe in der 1., 4., 7., 9. Minute der Pausentage, in der 1., 3., 6., 9. der Kontrolltage. Man konnte während des Rechnens einen lebhaften Wechsel der Stimmung und der Willenspannung beobachten. Der Pat. war bald rot, bald blaß, er rechnete bald eifrig, bald müde; besonders in den ersten Tagen lenkte ihn jede Kleinigkeit sichtlich ab und verwirrte ihn (z. B. ein Rechenfehler, jede leichte Bewegung des Versuchsleiters u. dgl.). Erst vom 6. Tage an etwa nahm diese Ablenkbarkeit ab.

Von augenscheinlichen Ermüdungswirkungen ist nicht die Rede, selbst die Kurve b steht am Ende ungefähr ebenso hoch wie am Anfang.

Außer dem zweiten ist kein V.-W. zu gebrauchen.

Auch die Kurve c zeigt im Beginn starke Schwankungen. Vom 6. Tage ab steigt die Leistung gleichmäßiger. Die Versuchsperson war eben anfangs in wechselndem Grade zur Arbeit disponiert. Wir dürfen aus der Beobachtung ihres Verhaltens während der Arbeit (s. o.) wohl schließen, daß erst an den späteren Tagen eine vollständige Gewöhnung an ihre Aufgabe eintrat. Der trotz der anfänglichen Schwankungen deutliche Anstieg der Kurve c sagt uns, daß die Versuchsperson nicht ohne Übungfähigkeit ist.

---

XX, J. S., Schmied, 46 Jahre alt. 5. 10. 09 lief er mit dem Kopf gegen einen eisernen Pfeiler; hatte nachher zu Hause Erbrechen, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Seitdem leicht erregbar, weinerlich; klagt über Schwindel und Kopfschmerz und Nachlassen der Fähigkeit zum Rechnen. Objektiv nichts.

G.-L.: 391, für 12 Tage etwa 498
L.-Z.: + 15,2 %
Ü.-K.: 40 : 46 = + 15,0 %

| | | |
|---|---|---|
| 1. V.-W.: | 34 : 46 = | 35,3 % |
| | 38 : 40 = + | 5,3 % |
| | | 30,0 % |
| 2. V.-W.: | 186 : 195 = + | 4,8 % |
| | 205 : 190 = — | 7,4 % |
| | | 12,2 % |
| 3. V.-W.: | 38 : 36 = — | 5,3 % |

Erm.-K. (4. V.-W.): — 15,3 %.

Der im großen und ganzen flache Abfall der Kurven deutet auf eine nicht übermäßige Ermüdbarkeit der Versuchsperson. Auch die brauchbaren V.-W. sprechen dafür.

Der 1. V.-W. kommt wohl nicht in Betracht; die 6. Werte beider Kurven sind durch Antriebswirkungen verändert. Auch auf den 3. V.-W. möchte ich keinen Wert legen; der absolute Zahlenunterschied des 2. und 10. Wertes der Kurve b ist angesichts ihrer relativ starken Schwankungen doch zu gering, als daß wir in ihm gerade den Ausdruck der Ermüdungswirkung sehen dürften.

Dagegen wüßte ich gegen den 2. V.-W. nichts einzuwenden. Auch der Erm.-K. ist wohl nur wenig zu groß; denn der ihm proportionale Ü.-K. ist nur durch die anscheinend geringe Wirkung des Antriebs unmittelbar nach der Pause vergrößert.

Die Kurve c erscheint infolge der absolut geringen Leistungsunterschiede ziemlich flach. Prozentual jedoch ist der L.-Z. recht erheblich; mit einem Durchschnitt von 15,2 % täglich kann sich die Versuchsperson den besten Gesunden an die Seite stellen. Dadurch wird uns bestätigt, daß die Versuchsperson eine gute Übungfähigkeit hat.

### β) Drei Versuchspersonen, die an 8 Tagen gerechnet haben.

XXI. E. H., Schmied, 30 Jahre alt. 30. 5. 96 verbrannte er sich beide Augen und die linke Hand beim Steinsprengen mit Pulver. Wundstar, zweimal operiert. Seit dem Unfall leidet H. an Anfällen von Herzangst und Schwindel, die im Lauf der Zeit an Häufigkeit zugenommen haben, ferner an unbestimmten rheumatischen Beschwerden.

Gegenwärtig zahlreiche hypochondrische Klagen. Objektiv: Fehlen des Lid-, Hornhaut- und Rachenreflexes, Tremor der Lider und der Finger, lebhafte Sehnenreflexe, Übererregbarkeit der Muskeln und des Vasomotorensystems.

G.-L.: 752, für 12 Tage etwa 1078

L.-Z.: + 10,5 %

| | | |
|---|---|---|
| | Ü.-K.: 71 : 81 = + | 14,1 % |
| 1. V.-W.: | 76 : 81 = + | 6,6 % |
| | 75 : 85 = + | 13,3 % |
| | | negativ! |



2. V.-W.: 365: 391 = + 7,0 %
387: 402 = + 3,9 %
3,1 %
3. V.-W.: 72: 72 = 0 %
Erm.-K. (4. V.-W.): — 8,4 %.

Deutliche Antriebe in den drei Anfangminuten, außerdem in der 3. und von der 6. zur 7. Minute der Kontrolltage. Es läßt sich jedoch nicht verkennen, daß — abgesehen von diesen Zacken — beide Kurven dauernd eine ansteigende Richtung einschlagen; erst der letzte Wert der Kurve b fällt ab. Danach kann man der Versuchsperson eine beträchtliche Übungfähigkeit zuschreiben; das Vorhandensein einer solchen wird auch durch den zwar schwankenden, aber deutlichen, fortgesetzten Anstieg der Kurve c bestätigt.

Trotzdem dürfte der Ü.-K. wie üblich wegen des Antriebs nach der Pause etwas zu groß sein, entsprechend zu groß natürlich auch der Erm.-K. Daß bei dem ansteigenden Verlauf der Kurven der 1. und 3. V.-W. keine brauchbaren Ergebnisse geben würden, war zu erwarten. Der geringe Betrag des 2. V.-W. wird ungefähr der geringen Ermüdbarkeit der Versuchsperson entsprechen.

---

XXII. W. N., Maurer, 69 Jahre alt. 30. 9. 95 stürzte er etwa 1,25 m tief in den Keller, fiel dabei auf den Kopf und verlor die Besinnung. Nach dem Erwachen hatte er eine Parese der Arme und Beine, die sich jedoch im Lauf der Zeit zurückbildete; ferner eine alimentäre Glykosurie. Man nahm eine Verletzung des Halsmarks an. Außer der Glykosurie finden sich jedoch gegenwärtig keine Symptome mehr, die auf ein organisches Leiden schließen ließen, hingegen eine deutlich psychogene Schwäche der Arme mit psychogener Steigerung der Reflexe und Hyperästhesien.

G.-L.: 594, für 12 Tage etwa 970
L.-Z.: + 8,8 %
Ü.-K.: 57: 63 = + 10,5 %
1. V.-W.: 55: 63 = + 14,5 %
60: 61 = + 1,7 %
12,8 %
2. V.-W.: 287: 302 = + 4,5 %
307: 312 = + 1,6 %
2,9 %
3. V.-W.: 65: 63 = — 3,1 %
Erm.-K. (4. V.-W.): — 8,0 %.

Es finden sich Spitzen der Kurven entsprechend der 1., 6. und 10. Minute der Pausentage, eine auffällige Senkung — wohl durch eine zufällige Ablenkung hervorgerufen — gemäß der 3. Minute des Kontrolltages. Infolge des Antriebs nach der Pause können wir auf den 1. V.-W. und den Ü.-K. nicht bauen; ebensowenig auf den Erm.-K. Der 2. und

3. V.-W. sind sehr niedrig; der flache Verlauf der Kurve läßt ebenfalls auf nur geringe Ermüdbarkeit schließen.

In Kurve c finden wir, daß die Leistung — nach einem infolge der Mitwirkung der Gewöhnung unverhältnismäßig großen Schritt vom 1. zum 2. Tage — im großen und ganzen mäßig, aber bis zum 6. Tage deutlich ansteigt. Also eine gewisse Übungswirkung besteht ohne Zweifel.

---

XXIII. F. Q., Bauunternehmer, 38 Jahre alt. 21. 7. 06 von einem Hunde vom Rade gerissen, fiel Q. auf die rechte Schulter. Keine äußere Verletzung. Seitdem kann er den rechten Arm nicht heben. Gegenwärtiger Befund: psychisch: Denkhemmung; deprimierte und weinerliche Stimmung; er vermag einem längeren Gespräch nicht recht zu folgen, weil seine Aufmerksamkeit bald erlahmt. Körperlich: Hornhaut- und Würgreflex herabgesetzt, beiderseits eingeengtes Gesichtsfeld, Tremor der Zunge und der Finger, lebhafte Sehnenreflexe, Trizeps-Reflex r. > l., Patellarkurve mit psychogener Vorreaktion, exquisit psychogene Lähmung des rechten Armes, flüchtige Sensibilitätstörung am rechten Arm. Vasomotorische Übererregbarkeit.

Erwerbsbeschränkung: 40—50 %.

G.-L.: 427, für 12 Tage etwa 750

L.-Z.: + 8,9 %

Ü.-K.: 40: 48 = + 20,0 %

| | | |
|---|---|---|
| 1. V.-W.: | 40: 48 = | + 20,0 % |
| | 44: 42 = | — 5,0 % |
| | | 25,0 % |
| 2. V.-W.: | 204: 193 = | — 4,9 % |
| | 223: 196 = | — 12,1 % |
| | | 7,2 % |
| 3. V.-W.: | 43: 37 = | — 14,0 % |

Erm.-K. (4. V.-W.): — 16,8 %.

Ähnlich wie Versuchsperson XIX zeigt Versuchsperson XXIII einen lebhaften Wechsel der Willenspannung während der Arbeit. In Kurve a ragt der Wert der 1., 3., 5., 6. und 10. Minute hervor. In Kurve b stehen die Arbeitwerte aller ungraden Minuten höher als die jeweils nachfolgenden Werte der geraden. Auch diese Versuchsperson bot beim Rechnen ein deutlich wechselndes Verhalten. Bald arbeitete sie sichtlich angespannt bald war sie sehr unruhig und kongestioniert und machte viele nervöse Zwischenbewegungen. Während aber die Kurven bei der Versuchsperson XIX einen sehr ebenen Verlauf nehmen, senken sie sich im vorliegenden Falle deutlich gegen das Ende. Wir dürfen danach erwarten, daß die V.-W. uns über die Ermüdbarkeit dieser Person etwas aussagen, wenn nicht etwa die relativ großen Antriebe auf die Berechnung einen Einfluß ausüben.

V.-W. 1 dürfte nicht zuverlässig sein, da mindestens drei von den vier dabei verwendeten Zahlenwerten durch erhöhte Willenspannung vergrößert sind.

V.-W. 2 ist zu klein. Da die zweite 5'-Leistung auch an den Pausentagen niedriger als die erste ist, so müssen wir annehmen, daß nach der Pause noch ein bedeutender Ermüdungsrest besteht.

V.-W. 3 läßt keinen gröberen Fehler erkennen.

Auch der Ü.-K. ist annähernd richtig. Zwar steht die 6. Leistung der Pausentage unter Antriebswirkung; jedoch der zu vermutende Ermüdungsrest beeinflußt sie in entgegengesetzter Richtung, und der Umstand, daß der Erm.-K. nicht wesentlich von dem einzigen brauchbaren unter den andern V.-W. abweicht, spricht auch für die Richtigkeit des Ü.-K.

Der großen Übungfähigkeit der Versuchsperson scheint eine geringe Übungsfestigkeit gegenüberzustehen. Wenigstens erhebt sich der L.-Z. nicht über den Durchschnitt, wie es doch der Ü.-K. tut.

Am 7. Tage (vgl. Kurve c) war die Versuchsperson offenbar besonders schlecht disponiert.

---

### γ) Zwei Versuchspersonen mit je 6 Versuchstagen.

XXIV, W. G., Maurerpolier, 51 Jahre alt. 1887 u. 1888 je ein Unfall; danach wurde G. „neurasthenisch". 9. 7. 04 fiel er aus beträchtlicher Höhe von einem Gerüst auf die linke Seite. Daraufhin nahmen seine Beschwerden zu. Gegenwärtig: psychogene Schmerzen links im Rücken, fleckförmige Sensibilitätstörungen in derselben Körpergegend, Tremor der Zunge und der Hände, *v. Hösslin*sches Phänomen. Ein Hysteriker, bei dem sicher hochgradige hysterische Übertreibung vorliegt, aber doch wohl außerdem auch bewußte, nicht krankhafte Vortäuschung.

G.-L.: 459, für 12 Tage nicht zu berechnen, da Kurve c keinen Anhalt gibt, wie die Leistung sich in den folgenden Tagen voraussichtlich gestalten würde.

| | | |
|---|---|---|
| | L.-Z.: | + 6,8 % |
| | Ü.-K.: | 45 : 50 = + 11,1 % |
| 1. V.-W.: | | 42 : 50 = + 19,0 % |
| | | 46 : 45 = — 2,2 % |
| | | 21,2 % |
| 2. V.-W.: | | 227 : 219 = — 3,5 % |
| | | 232 : 248 = + 6,9 % |
| | | negativ! |
| 3. V.-W.: | | 42 : 51 = positiv! |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): | — 4,2 %. |

Während der abfallende Verlauf beider Teile der Kurve a auf erhebliche Ermüdbarkeit schließen läßt, spricht Kurve b für das Gegenteil,

denn sie zeigt bis zum Schlusse keine deutliche Neigung zum Fallen. Dementsprechend geraten auch die V.-W. äußerst widerspruchvoll. Besonders auffällig aber sieht Kurve c aus: nach anfänglichem lebhaften Anstieg erfolgt ein fortschreitender, zuletzt jäher Abfall.

Ein so sonderbares Ergebnis läßt sich doch wohl nur auf willkürliche Beeinflussung der Arbeitleistung zurückführen. In dem Bestreben, auch im Rechnen als leistungunfähig zu erscheinen, hat G. vom 4. Tage ab nachlässig gearbeitet. Der Umschwung ist vielleicht die direkte Folge einer Unterredung, in der der Kranke merkte, daß seinen Klagen nicht soviel Wert beigelegt wurde, wie er wohl wünschte.

Es wird uns also durch den Rechenversuch bestätigt, was wir aus der übrigen klinischen Untersuchung schon wissen: es handelt sich um einen Simulanten, wenn auch um einen hysterischen.

---

XXV. R. B., Böttchermeister, 54 Jahre alt. 4. 7. 08 fiel er in eine Kellerluke und schlug im Fallen mit der linken Körperseite und der Stirn auf.

Gegenwärtig: Große Wehleidigkeit, Sucht zu Übertreibung, hochgradige Suggestibilität, Mangel an Selbstvertrauen und Selbstüberwindung. Halbseitige Sensibilitätstörungen mit ausgeprägt psychogenem Charakter.

Außerdem leidet B. an tabischer Optikusatrophie, die nachgewiesenermaßen schon vor dem Unfall bestanden hat.

| | |
|---|---|
| | G.-L.: 192, für 12 Tage etwa 432 |
| | L.-Z.: + 15,2 % |
| | Ü.-K.: 18: 26 = + 44,4 % |
| 1. V.-W.: | 16: 26 = + 62,5 % |
| | 20: 22 = + 10,0 % |
| | 52,5 % |
| 2. V.-W.: | 90: 104 = + 15,6 % |
| | 102: 106 = + 3,9 % |
| | 11,7 % |
| 3. V.-W.: | 21: 20 = — 4,8 % |
| | Erm.-K. (4. V.-W.): — 38,7 %. |

Bei der ausgesprochenen Willenlosigkeit der Versuchsperson kann die minimale Leistung nicht überraschen. Die Kurven a und b zeigen leichte, unregelmäßig auftretende Schwankungen, aber keine erkennbaren Übungs- oder Ermüdungswirkungen. Die V.-W. sind ja auch zum Teil unsinnig hoch. Der 2. wird wohl zu verwenden sein.

Kurve c zeigt an, daß eine gewisse Übungfähigkeit besteht, die sich jedoch nach wenigen Tagen erschöpft hat.

---

δ) Zum Schlusse bringen wir noch die Resultate zweier Versuchspersonen, die an 12 Tagen gerechnet haben, bei denen aber an den ersten drei Pausentagen die Pause nur eine Minute betrug. Wir haben



in diesen beiden Fällen je zwei a-Kurven genommen, eine aus den drei Versuchstagen mit 1′-Pause, die andere aus den drei Versuchstagen mit 5′-Pause. Nur die letztere ist natürlich — wenn überhaupt eine — mit den übrigen a-Kurven vergleichbar. Wir haben jedoch bei diesen Versuchspersonen von einer Berechnung der V.-W. abgesehen, weil die zweite a-Kurve unter andern Übungsverhältnissen steht, als die Kurven der übrigen Versuchspersonen, denen die ganze Art der Arbeit neu war. Die c-Kurven lassen sich hingegen durchaus mit denen der übrigen vergleichen; ebenso die Gesamtleistungen und der durchschnittliche tägliche Leistungzuwachs der ersten 5′-Leistung.

XXVI, K. K., Maurer, 51 Jahre alt. 4. 5. 08 fiel er aus einer Höhe von 4—5 m herunter, schlug im Fallen mit dem Rücken auf einen Netzriegel auf und fiel mit den Knien auf einen Schutthaufen. Bluterguß in der rechten Seite, Blut im Urin (Nierenquetschung?). Seitdem Gehstörungen. Gegenwärtig: Tremor der Zunge und Hände, psychogene Gangstörung, Gesichtsfeldeinschränkung; psychisch: sehr suggestibel und querulatorisch. — Außerdem Alkoholneuritis. — Erwerbbeschränkung durch den Unfall: 50%.

G.-L.: für 12 Tage: 681
L.-Z.: + 3,9%.

Kurve b und die einzelnen Teilkurven von a (die erste Hälfte der 1. a-Kurve allerdings nicht) fallen zunächst, um dann anzusteigen, während sie nach den Gesetzen der Übung und Ermüdung (vgl. S. 911ff.) zuerst steigen und dann fallen müßten. Daraus erhellt, daß weder Übung noch Ermüdung einen sichtbaren Einfluß auf diese Kurven haben.

Aus Kurve c ersehen wir, daß am 2. Tage die Leistung höher als am 1. steht, weil Gewöhnung an diese Art der Arbeit stattgefunden hat. Später steigt die Leistung nicht mehr, schwankt aber erheblich unter dem Einflusse wechselnder Tagesdisposition. Also auch hier keine Spur von Übungswirkung.

---

XXVII. J. St., Gelegenheitsarbeiter, 23 Jahre alt. Mit 17 Jahren wurde er auf einem Bauplatz von einem herabfallenden Stein an den Hinterkopf getroffen, fiel mit der Brust gegen einen Bottich und erbrach nachher mehrmals. Seitdem hat er mannigfache Beschwerden beim Arbeiten.

Gegenwärtig: Druckempfindlichkeit der Narbe, Gesichtsfeldeinengung, Schwanken bei Augenschluß, vasomotorische Übererregbarkeit, Neigung zu Ohnmachten. Energieloser, läppischer Mensch.

Erwerbbeschränkung durch den Unfall: 50%.



G.-L.: für 12 Tage: 390
L.-Z.: — 4,7 %.

Die von Tag zu Tag zunehmende psychische Hemmung der Versuchsperson dokumentiert sich in dem stetig abfallenden Verlauf der Kurve c. Es ist nicht anzunehmen, daß böser Wille die fortgesetzte Abnahme der Leistung bewirkt; die große Regelmäßigkeit im Abfall der Kurve c spricht dagegen.

Diese Zunahme der psychischen Hemmung dürfen wir vielleicht in Analogie setzen mit einer andern Erscheinung, der wir bei Hysterischen nicht selten begegnen: anfänglich nur angedeutete körperliche Symptome pflegen bei wiederholten Untersuchungen immer ausgeprägter hervorzutreten.

Auch a und b stehen ja am Ende tiefer als am Anfang; ob dieser Abfall bei ihnen auf Ermüdungswirkung oder ebenfalls auf eine Zunahme der psychischen Hemmung zurückzuführen ist, müssen wir dahingestellt sein lassen.

Bei den sehr niedrigen Leistungen können auch sämtliche Schwankungen zufällig sein.

Von Übungswirkung ist in keiner der drei Kurven etwas zu entdecken.

## Zusammenfassung.

In der folgenden Tabelle sind die V.-W. der einzelnen Versuchspersonen zusammengestellt. Diejenigen Werte, die um ein geringes zu groß sind, sind mit dem Zeichen < versehen, das Zeichen > kennzeichnet die um ein geringes zu kleinen Werte. Überall, wo der Fehler beträchtlicher war, sind die Werte überhaupt nicht in die Tabelle aufgenommen worden.

### Tabelle.

| | Ü.-K. | 1. V.-W. | 2. V.-W. | 3. V.-W. | 4. V.-W. | G.-L. | L.-Z. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 9,8 | > 11,5 | 12,2 | — | 13,5 | 3529 | + 14,2 |
| II | 11,4 | — | 7,0 | — | < 8,7 | 3117 | + 6,9 |
| III | > 3,8 | < 12,8 | — | — | > 8,4 | 2883 | + 5,3 |
| IV | — | — | — | > 14,7 | — | 2857 | + 12,4 |
| V | — | — | — | 12,5 | — | 2602 | + 7,7 |
| VI | 10,3 | 8,9 | — | — | 8,5 | 2509 | + 13,3 |
| VII | 1,3 | 9,5 | 7,4 | 8,5 | 7,2 | 2413 | + 3,6 |
| VIII | 4,6 | — | 6,7 | — | 7,2 | 2221 | + 10,5 |
| IX | 6,3 | — | — | — | 6,2 | 2140 | + 13,5 |
| X | < 1,2 | — | 2,6 | — | < 3,6 | 1798 | + 19,8 |
| XI | — | — | 4,2 | — | — | 1665 | + 27,2 |



| | Ü.-K. | 1. V.-W. | 2. V.-W. | 3. V.-W. | 4. V.-W. | G.-L. | L.-Z. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XII | — | — | 4,4 | — | — | 1493 | + 14,1 |
| XIII | 14,1 | — | 11,2 | — | 8,3 | 929 | + 6,8 |
| XIV | < 9,9 | — | 10,0 | — | < 15,5 | 898 | + 5,8 |
| XV | < 8,8 | — | 11,9 | — | < 12,6 | 889 | — 0,4 |
| XVI | — | — | — | — | — | 294 | + 11,9 |
| XVII | — | — | — | — | — | 156 | — 2,7 |
| XVIII | — | — | 11,2 | — | — | (1226) | + 5,2 |
| XIX | — | — | > 2,3 | — | — | (775) | + 3,0 |
| XX | 15,0 | — | 12,2 | — | < 15,3 | (498) | + 15,2 |
| XXI | < 14,1 | — | 3,1 | — | < 8,4 | (1078) | + 10,5 |
| XXII | — | — | 2,9 | 3,1 | — | (970) | + 8,8 |
| XXIII | 20,0 | — | — | 14,0 | 16,8 | (750) | + 8,9 |
| XXIV | — | — | — | — | — | (918) | — |
| XXV | — | — | 11,7 | — | — | (432) | + 15,2 |
| XXVI | — | — | — | — | — | 681 | + 3,9 |
| XXVII | — | — | — | — | — | 390 | — 4,7 |

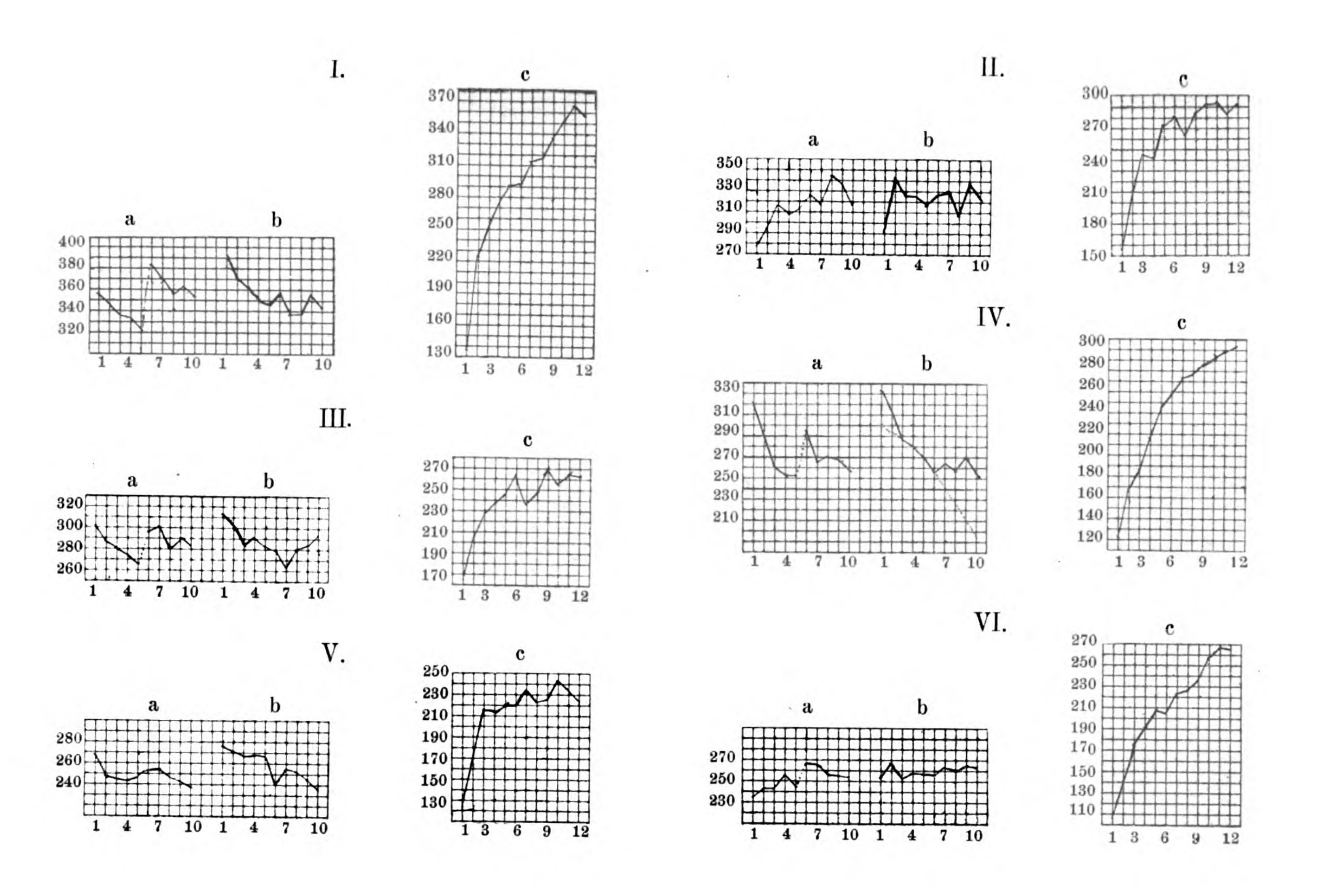
Unter der Rubrik G.-L. stehen nur die für 12 Versuchstage ermittelten Werte, da nur diese miteinander verglichen werden können. Die 6-Tage-Leistung der Versuchsperson XXIV (vgl. dort) ist verdoppelt worden. Die Bezeichnung „%" ist in der Tabelle durchgehends, das algebraische Vorzeichen der Werte außer beim L.-Z. fortgelassen worden. Die nur mutmaßlich richtigen Zahlen sind eingeklammert.

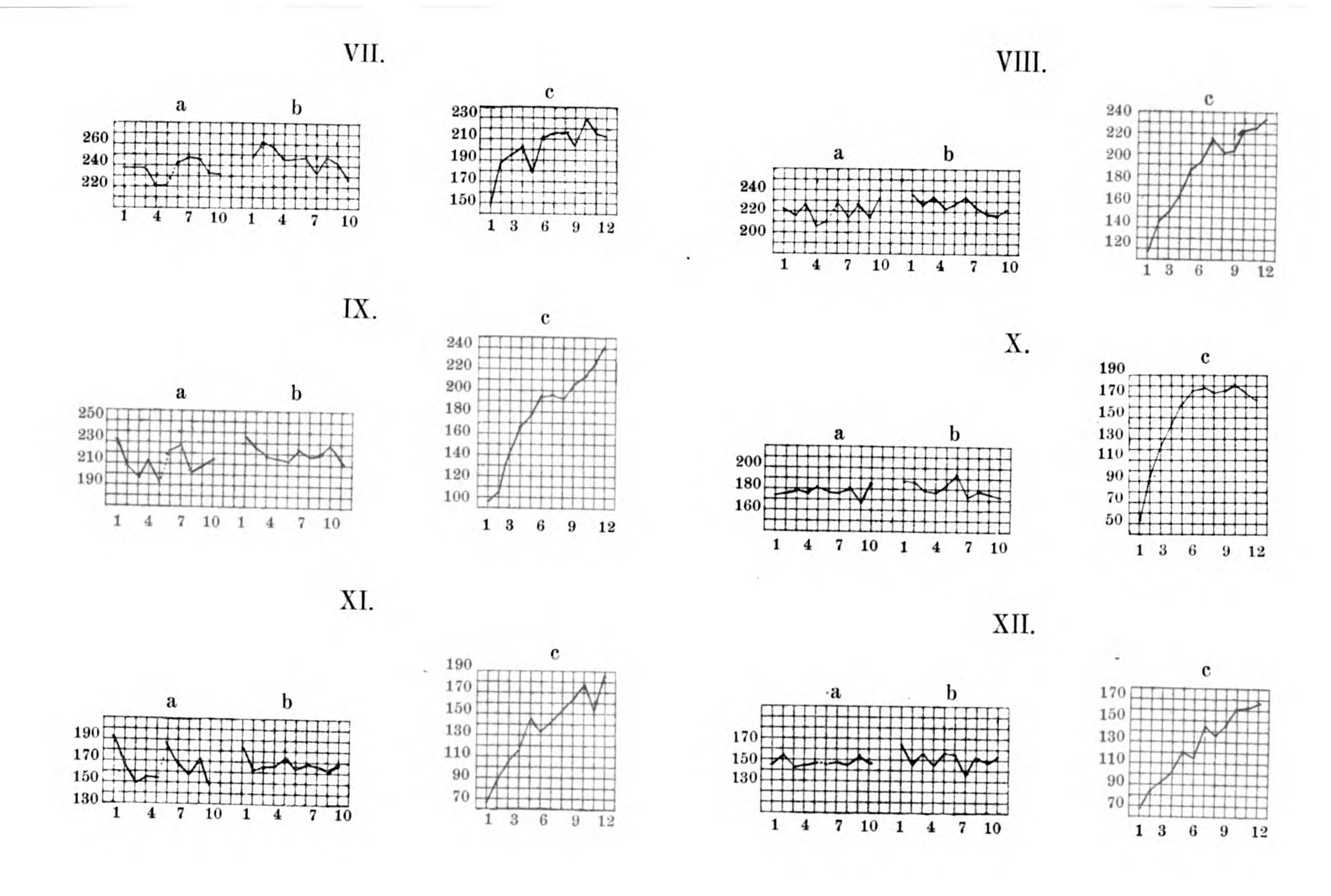
Aus der Tabelle sind sodann die Minima und Maxima der einzelnen Werte bei den Gesunden ausgezogen und zusammengestellt worden. Sie differieren, wie man sieht, oft um ein Vielfaches der Minima. Die in Klammern beigefügten Zahlen sind die Minima und Maxima, die *Specht* bei seinen Kontrollpersonen gefunden hat.

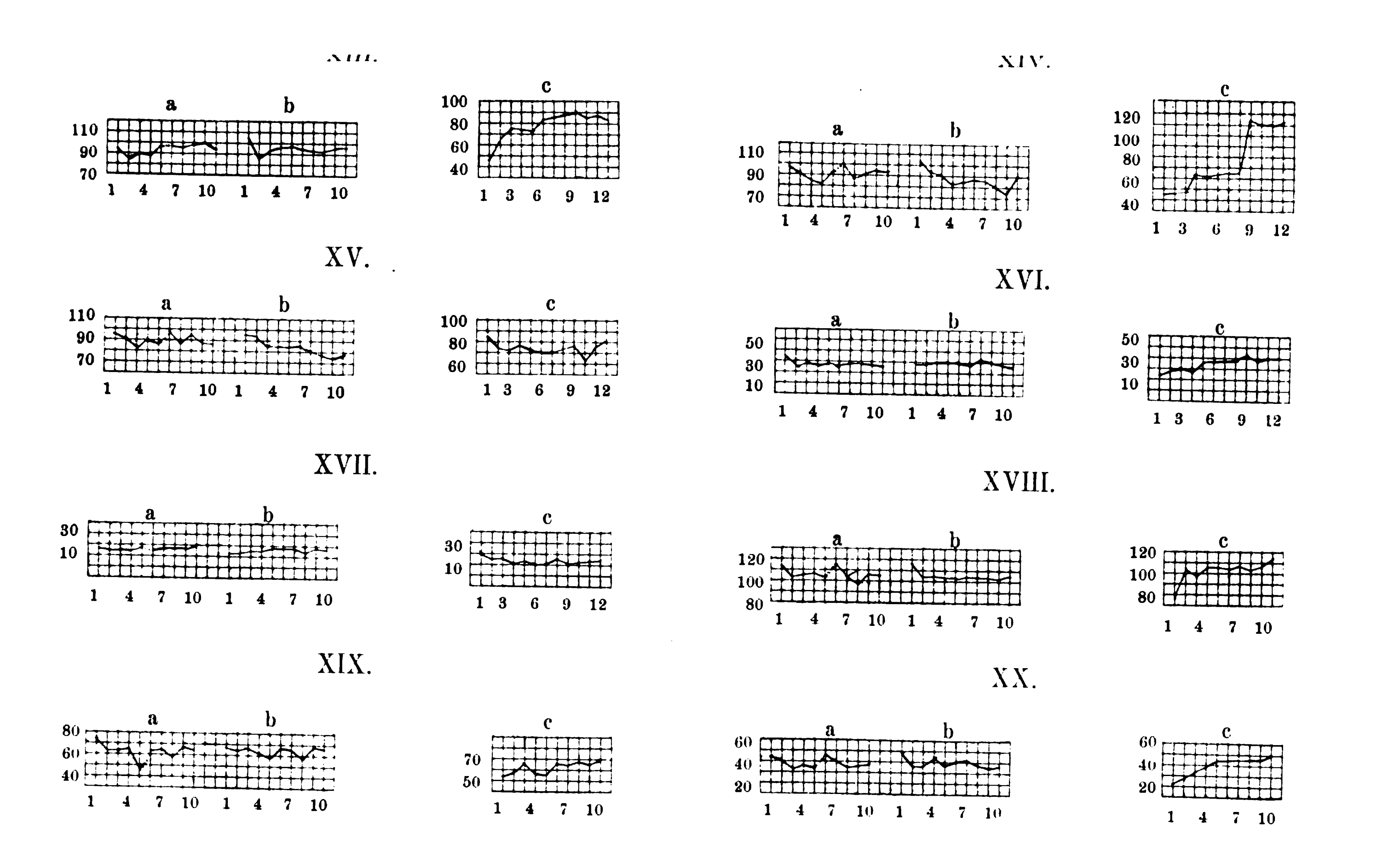
| | | |
|---|---|---|
| Ü.-K. | < 1,2 — < 11,4 | (3,4 — 17,8) |
| 1. V.-W. | 8,9 — 27,2 | (7,5 — 26,8) |
| 2. V.-W. | 2,6 — 12,2 | (3,4 — 13,5) |
| 3. V.-W. | 8,5 — > 14,7 | (1,7 — 14,4) |
| 4. V.-W. Erm.-K. | < 3,6 — 13,5 | (6,8 — 15,52) |
| G.-L. | 1493 — 3529 | (2003—5749) |
| L.-Z. | 3,6 — 27,2 | (2,7 — 29,6) |

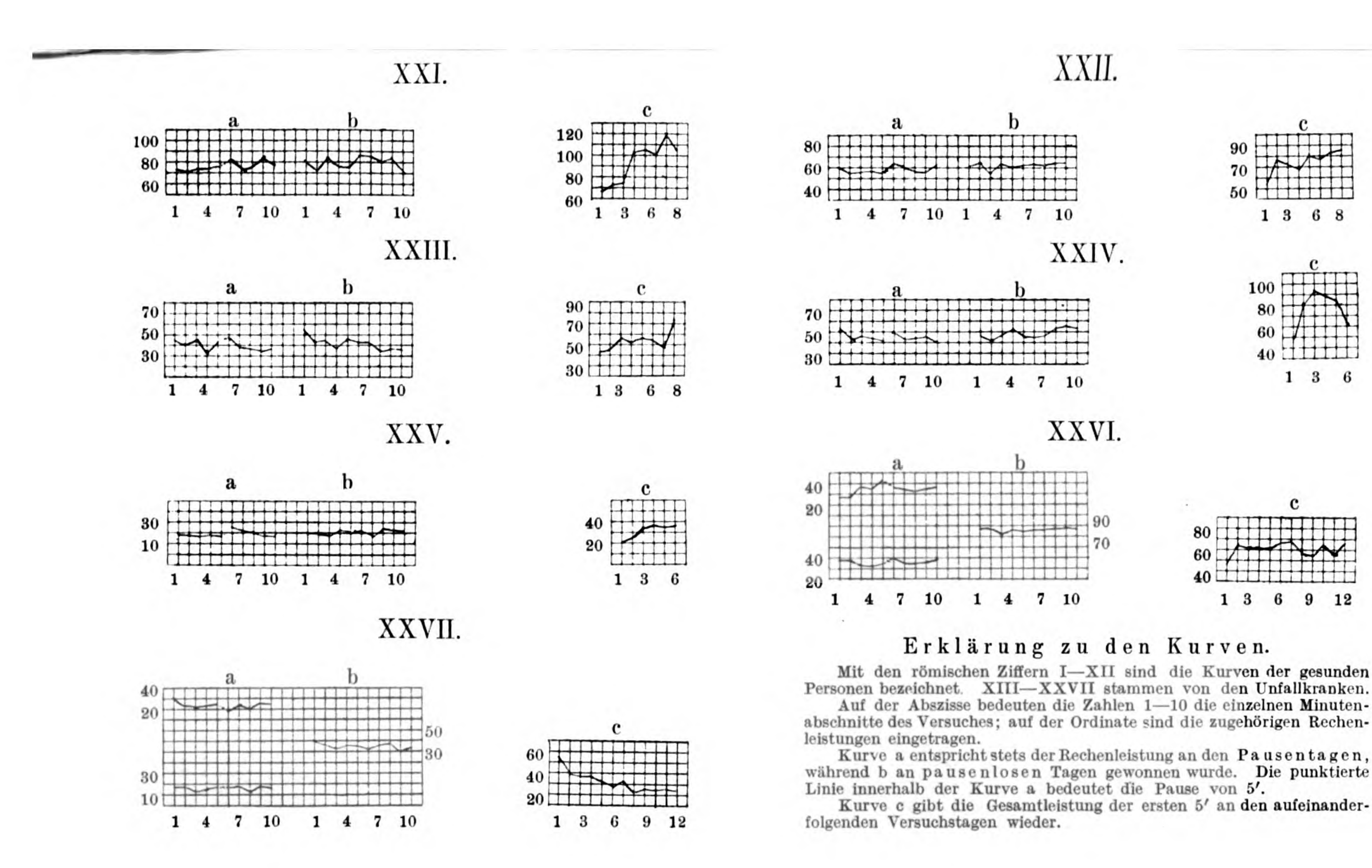
Was die 1. V.-W. und den L.-Z. angeht, so weichen unsere Zahlen nicht wesentlich von denen *Spechts* ab. Die obere Grenze der 3. V.-W. stimmt ebenfalls bei beiden überein; die untere ist bei *Specht* viel niedriger. Das liegt wohl daran, daß wir so oft den 3. V.-W. wegen Antriebes in der 10. Minute der Kontrolltage beanstanden mußten. Der Ü.-K. sowie der 2. und 4. V.-W. stimmen in der unteren Grenze




I.
a
b
c
II.
a
b
c
III.
a
b
c
IV.
a
b
c
V.
a
b
c
VI.
a
b
c


VII.
a
b
c
VIII.
a
b
c
IX.
a
b
c
X.
a
b
c
XI.
a
b
c
XII.
a
b
c


XIII.
a
b
c
XIV.
XV.
XVI.
XVII.
XVIII.
XIX.
XX.




## Erklärung zu den Kurven.

Mit den römischen Ziffern I—XII sind die Kurven der gesunden Personen bezeichnet. XIII—XXVII stammen von den Unfallkranken.

Auf der Abszisse bedeuten die Zahlen 1—10 die einzelnen Minutenabschnitte des Versuches; auf der Ordinate sind die zugehörigen Rechenleistungen eingetragen.

Kurve a entspricht stets der Rechenleistung an den **Pausentagen**, während b an **pausenlosen** Tagen gewonnen wurde. Die punktierte Linie innerhalb der Kurve a bedeutet die Pause von 5′.

Kurve c gibt die Gesamtleistung der ersten 5′ an den aufeinanderfolgenden Versuchstagen wieder.

ungefähr überein; die obere reicht bei *Specht* höher hinauf als bei uns. Auch das hat einen leicht ersichtlichen Grund: grade diese drei Werte sind bei den ermüdbarsten unter unsern Kontrollpersonen, IV und V, nicht in die Tabelle aufgenommen worden, weil sie infolge zufälliger Beeinflussung der Leistung fehlerhaft geworden sind. Wenn wir sie richtig berechnen könnten, würden sich aller Wahrscheinlichkeit nach Werte ergeben, die die betreffenden *Specht*schen Maxima noch überträfen.

*Specht* verzeichnet viel höhere G.-L. als wir; der Grund ist, daß ein großer Teil seiner Kontrollpersonen aus Gebildeten besteht, die im Rechnen meist geübter sind, während die unsrigen sich, abgesehen von einem Ziegeleiarbeiter, ausschließlich aus Pflegern rekrutieren.

Daß die von uns ermittelte Gesundheitsbreite von der *Specht*schen etwas abweicht, beruht gewiß zum größten Teil auf der Kleinheit des in beiden Fällen verwendeten Materials. Immerhin ist die Abweichung ja nur gering. Um eine auf größerem Material basierende Gesundheitsbreite aufzustellen, tun wir am besten, die Resultate zusammenzuwerfen, d. h. die am weitesten auseinandergelegenen Zahlen als Grenzwerte anzunehmen. Dann ergeben sich folgende Minimal- und Maximal-Werte:

| | | |
|---|---|---|
| f. d. Ü.-K.: | < 1,2 | 17,8 |
| 1. V.-W.: | 7,5 | 27,2 |
| 2. V.-W.: | 2,6 | 13,5 |
| 3. V.-W.: | 1,7 | 14,7 |
| 4. V.-W.: | < 3,6 | 15,52 |
| G.-L.: | 1493 | 5749 |
| L.-Z. | 2,7 | 29,6 |

Wenn wir mit dieser Aufstellung die bei den Kranken gewonnenen Werte vergleichen, so fällt vor allem auf, daß die Höhe der Leistung bei ihnen in keinem Fall die Gesundheitsbreite erreicht.

Die kleinste G.-L. beträgt bei den Gesunden 1493, die größte bei den Unfallkranken 1266 Additionen. In dieser Hinsicht stimmen sowohl *Specht*s als auch *Plaut*s Erfahrungen mit den unsrigen annähernd überein: Von *Specht*s sechs Patienten überschreitet nur einer mit seiner Leistung die untere Grenze der Gesundheitsbreite, von *Plaut*s 22 Patienten überschreiten sie nur drei.









Einzelne unserer Unfallkranken lieferten nur minimale Leistungen. Einer brachte es im Laufe von 12 Tagen, an denen er je 5′ rechnete, insgesamt nur auf 156 Additionen, das sind für 5′ durchschnittlich 13; die einzelnen Minutenleistungen schwankten zwischen 2 und 6 Additionen. Er braucht also 10 bis 30″ für eine Addition, während die Normalzeit für unsere gesunden Versuchspersonen etwa 2″ beträgt. Man sollte meinen, solche und ähnliche Ergebnisse könnten sich mit Leichtigkeit vortäuschen lassen. Das gesamte klinische Verhalten unserer Versuchspersonen spricht aber (mit einer Ausnahme) gegen die Annahme von Simulation. Selbst bei Versuchsperson XVII, die die geringste Leistung aufweist, hat sich nichts finden lassen, was auf absichtliche Vortäuschung schließen ließe. Dieser Kranke bewies nur geringes Verständnis für den Versuch, hatte jederzeit seine Gedanken bei seinem Unfall und dessen Folgen und murrte nervös gereizt darüber, daß man ihn mit Rechnen plage. Jedoch arbeitete er so angestrengt, daß das Glockenzeichen ihn jedesmal sichtlich peinlich berührte und fast immer einen deutlichen Aufenthalt verursachte.

Übrigens verzeichnet auch *Plaut* eine Minimalleistung von 14 bis 18 Additionen auf 5′ und glaubt bei allen Fällen Simulation mit Sicherheit ausschließen zu dürfen.

Es wurde schon eingangs erwähnt (S. 907), daß die beiden Klassen der Versuchspersonen sich nicht nur hinsichtlich des Gesundheitszustandes, sondern auch hinsichtlich des Lebensalters verschieden verhalten. Unsere gesunden Versuchspersonen sind durchschnittlich 24,27 Jahre alt, die kranken dagegen 45,47. Bei *Specht* sind die 17 Kontrollpersonen im Durchschnitt 26,35 Jahre alt, die Traumatiker 51,17, und gerade die einzige von seinen Kontrollpersonen, die schon über die Zwanziger hinaus ist, ein Bahnarbeiter von 45 Jahren, weist bei weitem die geringste Leistung unter den Gesunden auf. Diese Verhältnisse legen den Gedanken nahe, daß ein Bruchteil der Leistungsverminderung der Unfallkranken auf Rechnung ihres höheren Lebensalters zu setzen ist.

Selbstverständlich kann es sich dabei nur um einen sehr geringen Bruchteil des von uns gefundenen großen Leistungsunterschiedes handeln. In der Hauptsache muß der Abstand zwischen den absoluten Leistungen der Gesunden und der Unfallkranken sich aus einer andern Ursache erklären lassen. Als eine solche gibt *Specht* die ge-



steigerte Ermüdbarkeit der Traumatiker an. Wenn wir aber unsere Tabelle daraufhin mustern, so finden wir unter den V.-W., die uns einen Maßstab für die Ermüdbarkeit der Versuchsperson abgeben sollen, nur einen einzigen, der aus der Gesundheitsbreite herausfällt, nämlich den 4. V.-W. der Versuchsperson XXIII. Und wenn wir den 3. V.-W. dieser Versuchsperson mit dem 3. V.-W. der gesunden Versuchsperson IV vergleichen, so finden wir, daß er bei dem Kranken niedriger als bei dem Gesunden ist. Der 3. V.-W. beträgt bei der Versuchsperson XXIII 14,0%; bei der Versuchsperson IV steht > 14,7. Danach ist die Vermutung berechtigt, daß auch der 4. V.-W. der Versuchsperson IV, wenn wir ihn einwandfrei berechnen könnten, größer ausfiele als der 4. V.-W. der Versuchsperson XXIII. Mithin ist festgestellt, daß die Versuchsperson XXIII zwar eine große Ermüdbarkeit besitzt, aber keine so hochgradige, daß wir sie unbedingt als krankhaft ansehen müßten; es kommt vielmehr bei Gesunden noch größere Ermüdbarkeit vor. Überdies hat die Versuchsperson XXIII eine außerordentlich hohe Übungfähigkeit und weist einen normalen L.-Z. auf; große Übungfähigkeit verbindet sich bekanntlich auch bei Gesunden öfters mit großer Ermüdbarkeit.

Auch für eine auffallend geringe Übungfähigkeit, wie sie *Plaut* bei seinen Traumatikern festgestellt hat, geben die Ü.-K. in unserer Tabelle keinen Anhalt. Im Gegenteil, die Beträge der Ü.-K. sind bei den Kranken durchschnittlich höher als bei den Gesunden.

Dagegen finden wir eine Reihe von Fällen (XVI, XVII, XXIV, XXV, XXVII), die bei minimaler absoluter Leistung einen wurmförmigen, fast horizontalen Verlauf der Kurven zeigen und weder Übungs- noch Ermüdungswirkungen erkennen lassen. Bei zwei Kranken (XVII und XXVII) nimmt die Leistung sogar von Tag zu Tag ab, eine Erscheinung, die nach den bisher ermittelten Gesetzen der geistigen Arbeit schwer zu erklären sein dürfte.

Bei den übrigen Unfallkranken stehen wir vor der Tatsache, daß eine Verringerung der Leistung gegenüber der Norm besteht, daß bei ihnen aber weder eine gesteigerte Ermüdbarkeit, noch eine herabgesetzte Übungfähigkeit nachweisbar ist, die diese Verringerung erklären könnte. Die Mehrzahl dieser Personen besitzt freilich eine relativ große Ermüdbarkeit (XIII, XIV, XVIII, XX, XXIII, XXVI); doch sind auch schon ihre Anfangleistungen sehr gering, was auf





eine schon bei Beginn der Arbeit bestehende hemmende Ursache hinweist.

Bei einigen unserer Unfallkranken (z. B. bei Versuchsperson XXII und XXIII) spielt gewiß die Ablenkbarkeit durch äußere Ereignisse eine Rolle. Ihrem Einfluß wird ein Teil der Leistungsverminderung der betreffenden Versuchsperson zuzuschreiben sein. Die wesentliche Ursache der geringeren Leistungfähigkeit der Traumatiker, in vielen Fällen die ausschließliche, dürfte jedoch in der inneren Ablenkung zu suchen sein. Die Kranken werden durch den mit dem Unfall zusammenhängenden Vorstellungskomplex so in Anspruch genommen, daß sie sich jeder Arbeit nur mit geringer Aufmerksamkeit, i. e. mit geringerer Willenspannung widmen können [1]).

Wir schließen uns daher der Ansicht *Plaut*s an, daß die Leistungunfähigkeit der Unfallkranken in den meisten Fällen auf Störungen der Willensphäre beruht.

Auf das Wesen dieser Willenstörungen müssen wir hier kurz eingehen. *Specht* und *Plaut* fassen diese die Leistung beeinträchtigenden Faktoren als „Hemmung" auf.

Einen guten Einblick in die Wirkungen der Hemmung gewähren uns die Rechenversuche *Hutt*s an Manisch-Depressiven. Er stellte fest, daß bei geringer Anfangleistung durch den Ablauf der Arbeit die anfänglichen „Widerstände" beseitigt wurden und die Hemmung schwand [2]). Dadurch ließ sich die beim Normalen nicht vorkommende Steigerung der Leistung des zweiten 5-Minutenabschnitts an den pausenlosen Tagen erklären. Diese Zunahme der Leistung ist nun an den Kurven unserer Traumatiker, wenn überhaupt, so doch nur ausnahmweise und in geringem Maße vorhanden (vgl. Kurve XIX und XXIV). Ebensowenig findet sie sich bei den Kranken *Specht*s. Trotzdem nimmt dieser Forscher das Vorliegen von Hemmung bei zweien seiner Vp. an, deren Kurven einen kaum abfallenden, nahezu horizontalen Verlauf nehmen. *Hutt*s Arbeit ist allerdings nach der *Specht*schen erschienen.

---

[1]) Auch *Bostroem* hat in einer kürzlich erschienenen Arbeit darauf hingewiesen, daß bei psychogenen Erkrankungen „Ablenkbarkeit" und „Willenschwäche" verlängernd auf die Reaktionzeit wirken können.

[2]) Inbetreff aller Einzelheiten verweisen wir auf die Arbeit *Hutt*s.



Wie läßt sich nun das durchaus verschiedene Bild der Arbeitkurve bei gehemmten Manisch-Depressiven und bei gehemmten Traumatikern erklären? Man könnte daran denken, daß *Hutt*s Resultate keine allgemeine Geltung beanspruchen dürfen. Dem widerspricht, daß (noch nicht veröffentlichte) Rechenversuche, die v. *Voss* an Manisch-Depressiven angestellt hat, ein ganz ähnliches Ergebnis hatten. Auf anderem Gebiete hat *Wells* bei Tippversuchen an Manisch-Depressiven das gleiche Verhalten gefunden. Wir dürfen also wohl annehmen, daß es sich nicht um zufällige Eigentümlichkeiten der Arbeitweise, sondern um eine typische Hemmungswirkung handelt. Wenn nun bei der „traumatischen" Hemmung sich die Arbeitkurve so abweichend gestaltet, so kann es sich entweder um andere Einflüsse oder aber um eine Hemmung handeln, die mit der analogen Störung bei Manisch-Depressiven nicht identifiziert werden darf.

Wir haben oben gesehen, daß sich die innere und äußere Ablenkung als störende Einflüsse bei der Arbeit unserer Traumatiker bemerkbar machten. Vor allem sind es die Vorstellungen von der eigenen Leistungunfähigkeit, die, durch die ungewohnte Arbeit angeregt, den Kranken während des Versuchs beschäftigen und ihn dadurch an einer Konzentration seiner Aufmerksamkeit auf die von ihm verlangte Arbeit hindern.

*Specht* spricht von einem „Gefühl der Hemmung", das den Kranken veranlaßt, seine Leistung auf dasjenige Maß sinken zu lassen, „zu dem er sich noch fähig fühlt". Wir möchten hier statt von einem „Gefühl der Hemmung" lieber von der Vorstellung des „Nicht schneller rechnen können s" reden. Dieser Vorstellung versucht sich der Kranke in seinem Rechentempo anzupassen.

Die „Hemmung" bei den Traumatikern wäre demnach als die Folge der Vorstellung von ihrer eigenen Leistungunfähigkeit zu bezeichnen. Sie rückt damit in die Reihe der sehr zahlreichen hysterischen Erscheinungen, die auf dem Wege der Vorstellung entstehen. Daß die „traumatische" Hemmung sich anders verhält als die Hemmung der Manisch-Depressiven, davon kann uns ja auch die tägliche Erfahrung am Kranken belehren. Die Hemmung des Unfallkranken pflegt fast regelmäßig zu schwinden, wenn im Gespräch sein Unfall oder dessen Folgen berührt werden. Der depressive Kranke hingegen



wird um so mehr gehemmt, je näher wir dem Kern seiner melancholischen Vorstellungen kommen.

Eine Durchsicht der von *Specht* bei seinen Kranken an den pausenlosen Tagen gewonnenen Kurven zeigt, daß die drei ersten einen steilen Abfall aufweisen, während die drei übrigen sich nur langsam zum Schlusse hinsenken bzw. einen fast horizontalen Verlauf nehmen. Unter unseren 15 entsprechenden Kurven findet sich nicht eine einzige, die einen nur annähernd so steilen Abfall bietet wie die ersten *Specht*schen Kurven, vielmehr ähneln unsere fast völlig den andern drei Kurven. *Specht* führt den letzteren Arbeittypus auf Hemmung zurück, womit wir in dem obengeschilderten Sinne durchaus übereinstimmen. Es ist auffallend, daß unter unseren Kranken kein einziger sich findet, dessen Leistung nicht in erheblichstem Maße von dieser Hemmung beeinträchtigt worden ist, während 50% der allerdings nicht großen Zahl von *Specht*s Kranken keine Spuren davon erkennen lassen.

Um diesen Unterschied zu erklären, werden wir wohl auf territoriale Bedingungen zurückgehen müssen. Es entspricht durchaus der Verschiedenheit des Volkscharakters, daß bei uns im Norden die Hemmung derartig in den Vordergrund tritt. Ein Vergleich der Psychosen in Heidelberg mit den Krankheitbildern in unserer Klinik läßt das Vorherrschen der Depression hier und die Häufigkeit der Erregungzustände dort erkennen, wie mir versichert wird.

Die andere Ansicht *Plaut*s, daß der ohne Willensanstrengung verrichteten Arbeit kein rechter Übungswert zukomme, dürften unsere Versuche nicht bestätigen. Vielmehr können auch bei starker psychischer Hemmung und minimaler Leistung sich deutliche Übungswirkungen zeigen (siehe z. B. Versuchsperson XVI und XXV). Daß die Übungfähigkeit trotz geringer Willensanstrengung recht gut sein kann, haben wir schon bei der Betrachtung der Ü.-K. gesehen.

In einem Falle konnten wir trotz minimaler Leistung aus dem auffälligen Verhalten der V.-W. und dem ganz unmotivierten steilen Abfall der Leistung nach anfänglich normalem Ansteigen auf Simulation schließen; wir dürfen also *Plaut* widersprechen, wenn er meint, ein solcher Schluß sei nur bei höheren Leistungen möglich. Allerdings muß hervorgehoben werden, daß die betreffende Versuchsperson schon vorher als Simulant erkannt worden war; lediglich auf den Rechen-

versuch hin dürfte man es wohl nicht wagen, die Diagnose auf Simulation zu stellen.

Jedenfalls haben unsere Versuche uns gezeigt, daß der Rechenversuch in der *Specht*schen Anordnung im allgemeinen zur Messung der geistigen Ermüdbarkeit wohl geeignet ist, vor allem bei Gesunden. Freilich muß man bei der Deutung der Resultate große Vorsicht walten lassen.

In zwei Fällen, bei den gesunden Versuchspersonen VI und XI, ist es uns nicht gelungen, die Resultate in völlig befriedigender Weise zu deuten.

Bei den Unfallkranken führte die Methode in einer Reihe von Fällen nicht zum Ziel. Die betreffenden Versuchspersonen zeichneten sich jedoch durch sehr beträchtliche psychische Hemmung aus, die ihre Leistung so herabdrückte, daß Ermüdungswirkungen nicht hervortreten konnten. Es erscheint uns nicht unwahrscheinlich, daß bei solchen Personen auch andere Methoden der Ermüdungsmessung versagen werden.

## Schlußsätze.

1. Die Methode der fortlaufenden Additionen nach *Kraepelin* ist in der *Specht*schen Versuchsanordnung zur Untersuchung der geistigen Ermüdbarkeit bei Gesunden wohlgeeignet.

2. Bei den Unfallkranken ist sie nicht so allgemein anwendbar; sie versagt bei einer Reihe von Fällen, wenn nämlich die absolute Leistung der Versuchspersonen allzu gering wird.

3. Unsere Unfallkranken erwiesen sich, auch wenn sie nur leichtere nervöse Störungen boten, durchweg als erheblich beeinträchtigt in ihrer Leistungfähigkeit.

4. Die Ermüdbarkeit unserer Unfallkranken übertraf die der Gesunden in keinem Falle.

5. Bei den Unfallkranken erwies sich die Übungfähigkeit, soweit sie sich mittels der angewandten Methode messen ließ, als ebenso gut wie bei den Gesunden.

6. Die beschränkte Leistungfähigkeit der Unfallkranken mußten wir auf Störungen der Willensphäre zurückführen. In mehreren Fällen war die psychische Hemmung sehr ausgesprochen.

7. Simulation kann — wie einer unserer Fälle uns lehrt — auch bei niedriger absoluter Leistung in den Ergebnissen der *Specht*schen Rechenversuche kenntlich werden.

8. Die Resultate unserer Versuchsreihe sprechen — wie viele andere, besonders klinische Erfahrungen — dafür, daß die Herabsetzung der geistigen Leistungfähigkeit bei den Traumatikern fast stets nicht auf Vortäuschung, sondern auf hochgradiger psychischer Hemmung beruht.

9. Unsere Versuche weisen auf wesentliche Unterschiede zwischen der Hemmung bei Unfallkranken und bei Manisch-Depressiven hin.

10. Wir nehmen an, daß die Hemmung bei Unfallkranken auf die Vorstellung von der eigenen Leistungunfähigkeit zurückgeführt werden muß, mithin andern hysterischen Symptomen an die Seite gestellt werden darf.

Über den Psychomechanismus der Hemmung bei Manisch-Depressiven können wir nichts Bestimmtes sagen. —

Nach den Ergebnissen unserer Versuche reicht die Ermüdbarkeit der Unfallnervenkranken nicht über den Bereich der Norm hinaus. Dieses Verhalten bestätigt zwar die *Plaut*schen Resultate, es erscheint aber auffallend im Hinblick auf andere Überlegungen. Die meisten unserer Traumatiker gehörten unzweifelhaft dem Krankheitbilde der Hysterie an. Daß Hysterische aber eine gesteigerte Ermüdbarkeit auf körperlichem Gebiet aufweisen, scheint festzustehen. Wir erinnern an die Ergographenversuche *Breukink*s, der neben gesteigerter Ermüdbarkeit allerdings eine rasche Erholungfähigkeit gefunden hat. Auch die so verbreitete hysterische Amyosthenie geht mit auffälliger Ermüdbarkeit Hand in Hand. Ja selbst der greifbarste Ausdruck muskulärer Überermüdbarkeit, die myasthenische Reaktion, ist mitunter bei Hysterischen nachweisbar (*Flora*, *Voss*).

Ein gegensätzliches Verhalten der geistigen und körperlichen Arbeitleistung widerspricht jedoch unserer Auffassung vom Wesen der Ermüdung. Wir werden das Ergebnis unserer Untersuchungen demnach dahin einschränken müssen, daß bei der *Specht*schen Versuchsanordnung ein Nachweis gesteigerter Ermüdbarkeit bei den traumatischen Nervenkranken nicht gelingt.

Weitere Untersuchungen werden zeigen, ob auch andere Methoden das gleiche Resultat ergeben.



## Literatur.

*Specht*, Über klinische Ermüdungsmessungen. I. Teil: Die Messung der geistigen Ermüdung. (Archiv für die gesamte Psychologie, III. Band, 3. Heft) Leipzig 1904.

*Plaut*, Psychologische Untersuchungen an Unfallkranken. Diese Ztschr. Bd. 63. S. 600 (Referat über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München am 20. und 21. IV. 1906).

*Kraepelin*, Die Arbeitskurve. 1902.

*Kraepelin*, Über geistige Arbeit. 1903.

*Offner*, Die geistige Ermüdung. Eine zusammenfassende Darstellung des Wesens der geistigen Ermüdung, der Methoden der Ermüdungsmessung und ihrer Ergebnisse speziell für den Unterricht. Berlin 1910.

*Roeder*, Über die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall. Münch. med. Wschr. 1898 Nr. 49.

*Breukink*, Über Ermüdungskurven bei Gesunden, Neurosen und Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XV, S. 318. Berlin 1904.

*Weygandt*, Die Behandlung der Neurasthenie. Würzburg 1901.

Aus *Kraepelin*s Psychologischen Arbeiten: Bd. I: *Kraepelin*, Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. *Oehrn*, Experimentelle Studien zur Individualpsychologie. *Amberg*, Über den Einfluß von Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit. *Rivers* u. *Kraepelin*, Über Ermüdung und Erholung. Bd. II: *v. Voss*, Über die Schwankungen der geistigen Arbeitsleistung. *Gross*, Zur Psychologie der traumatischen Psychose. Bd. III: *Lindley*, Über Arbeit und Ruhe. Bd. IV: *Hylan* u. *Kraepelin*, Über die Wirkung kurzer Arbeitszeiten. *Heuman*, Über die Beziehungen zwischen Arbeitsdauer und Pausenwirkung. Bd. V: *Hutt*, Rechenversuche bei Manisch-Depressiven.

*Bostroem*, Die Benennung optischer Eindrücke. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von *Sommer*. Bd. IV, Heft 1.

*Weichardt*, Ermüdungs- und Übermüdungsmethoden.

*Wells*, The American Journal of Psychology. January 1909.





# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 84. ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 18. Juni 1910 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Bastin*, *Bernard*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Brockhaus*, *Dannehl*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Förster* (*Eugen*), *Fuchs*, *Gerhartz*, *Gudden*, *v. d. Helm*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Landerer*, *Langen*, *Mappes*, *Mosebach*, *Neu*, *Neuhaus*, *Oebeke*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pfahl*, *Rademacher*, *Rosenthal*, *Schaumburg*, *Schmitz*, *Schneider*-Enzen, *Schreiber*, *Schütte*, *Siebert*, *Sioli*, *Sommer*, *Stertz*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Trapet*, *Umpfenbach*, *Voßschulte*, *Wahn*, *Weinbrenner*, *Werner*, *Westphal*, *Wiehl*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Bonsmann*-Bonn, Nervenarzt Dr. *Lykles*-Amsterdam, Stabsarzt Dr. *Partenheimer*-Cöln, Reg.- u. Med.-Rat Dr. *Schwabe*-Aachen.

Zum Eintritt in den Verein melden sich: Dr. *Müller*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, Reg.-Med. Rat Dr. *Schwabe*-Aachen, Anstaltsarzt Dr. *Völker*-Süchteln.

Der Vorsitzende teilt zunächst mit, daß der Verein seit der letzten Sitzung durch Tod verloren hat: den Mitgründer des Vereins Dr. *Brosius*-Bendorf, welchem der Vorstand einen Kranz gestiftet hat; seinen Sohn, den Nervenarzt Dr. *Brosius*-Saarbrücken; den Geh. Med.-Rat *Saemisch*-Bonn und den Privatdozenten Oberarzt Dr. *Kölpin*-Bonn. Letzterer verunglückte am 23. Dezember 1909 beim Eisenbahnunfall bei Scheeßel. Auch den Tod des Geh. Med.-Rat Dr. *Ludwig*-Heppenheim erwähnte der Vorsitzende. Infolge von Wegzug aus der Rheinprovinz traten aus: Dr. *Benning*-Pützchen und Reg.- u. Geh. Med.-Rat *Schlegtendal*-Aachen.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden beschließt der Verein, dem Comité pour un monument à Cesare Lombroso in Rom 100 Mk. zur Verfügung zu stellen. Das Denkmal soll in Verona errichtet werden. — Nach vorgenommener Kassenrevision wird die Erhebung eines einmaligen Beitrages von 3 Mk. von den Mitgliedern beschlossen.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Bastin*, Dr. *Mappes* und Dr. *Schwan*, Assistenzärzte der Prov.-Heilanstalt Johannistal bei Süchteln, Dr. *Förster* und Dr. *Hennes*, Assistenzärzte der Prov.-Heilanstalt Bonn,





Dr. *Hackländer*, Nervenarzt in Essen-Ruhr, Dr. *Schaumburg*, Direktor der Irren-Heilanstalt in Waldbröl, Privatdozent Dr. *Stertz*, Assistenzarzt der Psychiatr. Klinik in Bonn, Kreisarzt Dr. *Stühlen*-Aachen.

Es folgen die Vorträge:

*Westphal*-Bonn: Über hysterische Gehstörungen (mit Krankendemonstrationen).

1. Fall von hysterischer Hemiplegie. Die Haltung des rechten Armes entspricht derjenigen bei organisch bedingter Hemiplegie. Beim Versuch, den Arm zu bewegen, tritt lebhafter Tremor in demselben auf. Das r. Bein wird nachgezogen, beim Gehen etwas weniger zirkumduziert wie bei echter Hemiplegie. Die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen, der Mundwinkel nach links heruntergezogen.

Es wird nachgewiesen, daß es sich nicht um Lähmungserscheinungen handelt, sondern um Kontrakturzustände bestimmter Muskelgruppen, welche eine Hemiplegie vortäuschen. Die anscheinende Fazialislähmung ist durch Muskelkontraktur auf der entgegengesetzten Seite hervorgerufen. Fibrilläre und gröbere Muskelzuckungen in der Gegend des l. Mundwinkels weisen auf den Kontrakturzustand hin. Die Zunge ist nur wenig beteiligt. Dagegen nimmt die rechtseitige Hals- und Schultermuskulatur an der Kontraktur teil. Der Kopf ist nach rechts herübergezogen, zeigt mitunter ruckweise zuckende Bewegungen. Es besteht rechtseitige sensible Hemianästhesie mit Beteiligung des Geruchs, der rechts aufgehoben ist.

Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Kein Fußklonus. Kein Babinski oder Oppenheim. Der hysterische Kontrakturzustand hat sich bei dem Pat. allmählich nach einem Trauma, welches die r. Körperseite betroffen hat, entwickelt. Es bestehen Rentenansprüche. Alle therapeutischen Maßnahmen sind bisher erfolglos geblieben.

2. Fall hysterischer Abasie. Die eigenartige Gangstörung des Pat. hat sich nach einem relativ leichten Trauma „Verheben" bei der Arbeit entwickelt.

Flott und ohne jede Behinderung vermag sich Pat. nur auf allen Vieren „more bestiarum" vorwärts zu bewegen. Diese Art der Vorwärtsbewegung wird von dem Kranken bevorzugt, er kriecht mit Vorliebe auf allen Vieren umher. Aufgefordert, sich vom Sitzen zum Stehen zu erheben, schnappt er erst einige Male nach Luft, in der Vorstellung, hierdurch sein Gewicht zu erleichtern. Nach einigen krampfhaften Inspirationen beginnt er sich ruckweise zu erheben. Dabei werden zweckentsprechende Innervationen von Muskelgruppen durch sinnlose Gegeninnervationen wieder rückgängig gemacht; oft läßt er sich nach mehrfachen, vergeblichen Versuchen wieder auf den Stuhl zurückfallen. Gelingt es ihm, sich zu erheben, so steht er in gebückter und nach links abweichender Haltung mit gebeugten Knien in krampfhaft verzerrter Weise da. Zum Gehen veranlaßt, schiebt er die Beine um einige kleine

Schritte vorwärts, wobei sich die krankhaft verzerrte Neigung des Rumpfes nach links noch verstärkt; bald läßt er sich bei diesen vergeblichen Gehversuchen nach links und hinten fallen, nicht ohne sich vorher einen Stützpunkt ausgesucht zu haben. Besser vermag er sich vorwärts zu bewegen, wenn er bei stark vornübergebeugtem Rumpf einen Stuhl mit den Händen unter das Gesäß hält, so daß ihm derselbe in der Vorstellung einen Halt gewährt.

Das gesamte Krankheitbild dieser psychogenen Abasie zeichnet sich durch seinen ungewöhnlich plumpen und grotesken Charakter aus. Es handelt sich um einen Fall von monosymptomatischer Hysterie, alle anderen hysterischen Zeichen, Sensibilitätstörungen usw. fehlen. Unter Verbal- und elektrischer Suggestion hat sich der Zustand des Patienten, bei dem keine Rentenansprüche bestanden, in der Klinik schnell sehr erheblich gebessert, so daß bei der Entlassung nur noch Reste der Gehstörung nachweisbar waren, während er früher wegen seiner angeblich „auf Ischias beruhenden Gehstörungen" mit den verschiedensten Prozeduren (Luftbädern, Röntgenstrahlen, Massage usw.) lange Zeit vergeblich behandelt worden war.

3. Fall von hysterischer Gehstörung mit beginnender Akromegalie.

Auch dieser Patient bietet eine sehr eigenartige, psychogen bedingte Gehstörung, die sich im Anschluß an verschiedene leichte Traumata der Rückengegend entwickelt hat.

Er geht exquisit taumelig, in großen Zickzack- und Schlangenlinien, so daß man den Eindruck erhält, als ob er jeden Augenblick das Gleichgewicht verlieren und nach rechts oder links herüberschießen und fallen würde. Mit merkwürdiger Geschicklichkeit behält er aber stets Balance ohne zu stürzen.

Der Gang hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem zerebellar ataktischen Gange, von dem er sich aber durch das gesucht Übertriebene des „Parforce-Taumelers" (*Oppenheim*) unterscheidet. Von körperlichen Erscheinungen ist außerdem eine diffus über die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme einer Stelle des Unterleibs verbreitete komplete Anästhesie nachweisbar. Auf psychischem Gebiete besteht ausgesprochen Suggestibilität mit charakteristisch hypochondrisch-deprimierter Gemütslage. Neben diesen funktionellen Störungen sind sehr auffallende Veränderungen an den Extremitäten nachweisbar. Die Füße und die distalen Partien der Unterschenkel sind stark vergrößert, sehr erheblich verdickt. Besonders sind die ersten und zweiten Zehen (Umfang der großen Zehen beiderseits 11 cm, der zweiten Zehe 8 cm) von dieser Verdickung betroffen.

Die Röntgenaufnahme zeigt, daß diese Vergrößerungen wesentlich auf Verdickungen der Haut, nicht auf solchen des Knochenskelettes beruhen.

Auch die Hände und Finger nehmen an der Vergrößerung, wenn auch in geringerem Grade als die Füße, teil. Die Finger erscheinen auffallend plump, walzenförmig gestaltet.





Diese Wachstumveränderungen sollen sich in den letzten 2 bis 3 Jahren allmählich entwickelt haben, so daß dem Patienten ihm früher bequeme Stiefel viel zu eng geworden sind, nicht mehr passen.

Außer diesen Veränderungen der Extremitäten finden sich in der Scheitelgegend am Schädel flache, ungefähr markstückgroße Knochenvorwölbungen, für deren Entstehung sich eine äußere Ursache nicht nachweisen läßt.

Die Uvula und das ganze Gaumensegel machen einen verdickten hypertrophischen Eindruck. Im übrigen finden sich keine sichern Anhaltpunkte für das Bestehen einer Akromegalie. Insbesondere ist der Augenhintergrund normal, es besteht keine Hemianopsie. Ein Röntgenbild des Schädels zeigt keine abnorme Ausbuchtung der Sella turcica. Es weisen demnach besonders die in den letzten Jahren allmählich entstandenen Verdickungen an den distalen Abschnitten der Extremitäten mit Wahrscheinlichkeit auf eine sich entwickelnde Akromegalie hin.

Von besonderem Interesse ist die Komplikation mit der funktionellen Erkrankung einer sehr ausgesprochenen hysterischen Gehstörung.

Der Vortragende erörtert zusammenfassend die den vorgestellten drei Fällen gemeinsamen und die sie unterscheidenden Momente.

Bemerkenswert erscheint, daß Fall 1 eine organisch bedingte Hemiplegie in vielen Punkten in geradezu frappanter Weise nachahmt, Fall 3 gewisse Ähnlichkeit mit einer zerebellaren Ataxie besitzt, während das groteske Verhalten der Gehstörung in Fall 2 keine Berührungspunkte mit irgendeiner organisch bedingten Störung besitzt.

Therapeutische Erfolge waren nur in dem Falle zu erzielen, in dem keine Rentenansprüche bestanden.

Diskussion. — *Thomsen*-Bonn weist an der Hand der außerordentlichen Verschiedenheiten der vorgestellten Fälle auf die sich daraus ergebenden Fragen über Wesen und Ausdehnung der „Hysterie" hin; es erscheint ganz unbefriedigend, den negierenden Standpunkt der neueren französischen Schule (*Babinski*) zu akzeptieren.

*Westphal* betrachtet auch als das Wesentliche bei der Hysterie die Veränderung der Psyche. Die somatischen Erscheinungen sind aber nicht nur auf Vorstellungen zurückzuführen.

*Aschaffenburg*-Köln: Der Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch.

Referent betont einleitend, daß der Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetz im ganzen viel Erfreuliches biete. Indessen seien doch so viele Mängel, daß es notwendig sei, sich rechtzeitig zu regen, um für deren Abhülfe Sorge zu tragen.

Aus der Fülle der den Psychiater interessierenden Fragen könne er nur einen Teil herausgreifen, darunter als die wichtigsten die Bestimmungen

über die Zurechnungfähigkeit geistig abnormer Menschen und in Vertretung des durch einen Trauerfall verhinderten Korreferenten, Professor *Heimbergers,* die über die Jugendlichen.

Die Anforderung an Gesetzesparagraphen müssen sein: Klarheit der Ausdrücke, die keine kautschukartige Dehnung und kein Mißverständnis zulassen. Ferner muß für den Unzurechnungfähigkeits-Paragraphen die Fassung so gewählt werden, daß im ersten Teil der Arzt das allein entscheidende Wort habe; die Feststellung der Krankheit sei eine rein ärztliche Angelegenheit. In der Frage aber, wieweit der vom Arzt festgestellte Zustand die Zurechnungfähigkeit ausschließe, sei der Arzt nur Berater des Richters.

Der § 63 I nenne als Zustände der Unzurechnungfähigkeit die Geisteskrankheit, den Blödsinn und die Bewußtlosigkeit. Referent hält die Ausdrücke nicht für gut gewählt entgegen seinem eigenen, früher in der Versammlung der deutschen Medizinalbeamten gemachten und von dieser angenommenen Vorschlag. Statt des Ausdrucks Geisteskrankheit sei der der Geistesstörung besser, statt des Blödsinns der der Geistesschwäche. Besonders bedenklich sei die Bezeichnung: Bewußtlosigkeit; Bewußtlosigkeit schließt ein Handeln überhaupt aus; es müßte dafür der Ausdruck Bewußtseinstörung gewählt werden.

Im zweiten Teil des Paragraphen kehrt der Ausdruck der freien Willensbestimmung wieder. Die Begründung des Entwurfs, daß sich die Beibehaltung durch den Mangel eines besseren Ausdrucks rechtfertige, daß er nicht mißdeutet werden könne, und daß der Ausdruck volkstümlich sei, sei durchaus verfehlt. Vortragender schlägt dann in Anlehnung an den österreichischen Strafgesetzentwurf vor: „Nicht strafbar ist, wer sich zur Zeit der Handlung in einem Zustande von Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinstörung befunden hat, durch den er nicht die Fähigkeit besaß, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln.“

Die gleichen Mängel treffen den § 63 II, der die verminderte Zurechnungfähigkeit nach den Vorschriften über den Versuch bestrafen will. Es müßte dem Richter völlig freie Hand gelassen werden, und nicht die schematische Bindung durch den Versuchsparagraphen auferlegt werden. Vortr. steht auf dem Standpunkte, daß es durchaus nicht unrichtig ist, vermindert Zurechnungfähigen gegenüber von Strafe Gebrauch zu machen, ohne aber damit der regelmäßigen Anwendung von Strafe, insbesondere von kurzzeitiger, das Wort reden zu wollen. Sein Vorschlag geht dahin: „War die Fähigkeit, das Unrecht seiner Handlung einzusehen und dieser Einsicht gemäß zu handeln, durch einen Zustand geistiger Störung, Geistesschwäche oder Bewußtseinstrübung nur erheblich beeinträchtigt, so wird die Strafe

gemildert, oder es kann in geeigneten Fällen auch ganz davon abgesehen werden."

Sowohl bei der Freisprechung der völlig Unzurechnungfähigen wie der vermindert Zurechnungfähigen kann der Richter nach dem Entwurf die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt anordnen. Für die Unzurechnungfähigen muß dieser Gesichtspunkt als durchaus richtig bezeichnet werden, wenn auch selbstverständlich Garantien geschaffen werden müssen, daß diese Maßnahme in all den Fällen unterbleibt, wo sie überflüssig ist, und nicht über die Zeit fortgesetzt wird, wo sie notwendig ist. Vortr. ist auf Grund seiner Erfahrungen, die er bei einer Studienreise gemacht hat, durchaus gegen große Kriminalirrenanstalten und empfiehlt die Verteilung in die Landesanstalten unter Benutzung von Verwahrungshäusern für besonders schwierige Kranke. Dagegen hält er die vermindert Zurechnungfähigen, die den Gesunden näher stehen wie den Kranken, nicht für geeignet, in unseren Irrenanstalten aufgenommen zu werden. Wenigstens muß das als Regel gelten. Es wird deshalb notwendig sein, besondere Anstalten für diese einzurichten und rechtzeitig für solche zu sorgen, damit nicht nach Inkrafttreten des Gesetzes, was allerdings noch lange dauern wird, es an den notwendigen Anstalten fehlt.

Die Regelung der Verantwortlichkeit der Trunksüchtigen und Betrunkenen kann nicht als geglückt bezeichnet werden. Bei sinnloser Trunkenheit erfolgt nach wie vor Freisprechung; bei nicht sinnloser Trunkenheit Milderung in Form der für die fahrlässige Begehung angedrohten Strafe. Das ist völlig unzulänglich, da sehr viele gerade von Angetrunkenen begangene Verbrechen, wie z. B. Notzucht und Unzucht, nicht fahrlässig begangen werden können. Die Regelung des österreichischen Vorentwurfs im § 242 erscheint besser [1]). Doch ist es vielleicht am einfachsten, es dem Richter zu überlassen, wieweit er die Trunkenheit, vorausgesetzt, daß sie nicht sinnlos ist, als Milderungsgrund betrachten will, da ihm die außerordentlich weite Dehnung der Strafrahmen im neuen Entwurf Handhaben genug bietet, um allen Möglichkeiten gerecht zu werden.

Im § 43 ist als eine gegen in der Trunkenheit Delinquierende mögliche Strafe das Wirtshausverbot angeordnet worden. Der

[1]) § 242. Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig in den Zustand einer die Zurechnungfähigkeit ausschließenden Trunkenheit versetzt, wird mit Gefängnis oder Haft bis zu sechs Monaten bestraft, wenn er in diesem Zustande eine Tat verübt, die ihm sonst als strafbar zuzurechnen wäre, und die strenger als mit sechs Monaten Freiheitstrafe bedroht ist.

Der Täter wird nur mit Ermächtigung verfolgt, wenn die in der Trunkenheit verübte Tat nur mit Ermächtigung oder auf Privatklage zu verfolgen ist.



Abstinenzzwang widerstreitet nach der Begründung dem „Selbstbestimmungsrecht der Persönlichkeit". Vortr. ist durchaus anderer Ansicht, vor allem aber ein entschiedener Gegner davon, das Wirtshausverbot als eine wirklich ernst zu nehmende Maßregel zu betrachten. Er charakterisiert an der Hand von Beispielen diese Maßregel als einen Schlag ins Wasser und hält sie deshalb für doppelt gefährlich, weil der Richter, im Glauben, etwas Brauchbares angeordnet zu haben, von der wichtigeren Maßregel Abstand nehmen könnte, von der Einweisung in eine Trinkerheilanstalt. An dieser Bestimmung beanstandet Vortr. eine Unklarheit im § 65, der sie auf Trunkene anzuwenden gestattet, während im § 43 als Voraussetzung Trunksucht verlangt wird; ferner, daß nur neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe die Trinkerheilanstalt zulässig ist, nicht aber bei kürzerer und nicht bei Zuchthausstrafe; ferner, daß die Höchstdauer auf 2 Jahre festgesetzt ist.

In Vertretung von *Heimberger* erörtert er dann die Bestrafung der Jugendlichen. Das Strafunmündigkeitsalter ist erfreulicherweise bis auf das 14. Jahr ausgedehnt. Im § 69 ist der unglückselige Ausdruck der Einsicht in die Strafbarkeit der Handlung in Wegfall gekommen. In Zukunft hat das Gericht nach § 69 II das Recht der Einweisung zur staatlich überwachten Erziehung neben oder an Stelle einer Freiheitstrafe. In dem Wortlaut des Paragraphen: „Erscheint die Tat hauptsächlich als Folge mangelhafter Erziehung, oder ist sonst anzunehmen, daß Erziehungsmaßregeln erforderlich sind, um den Täter an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen", ist ausgedrückt, daß eigentlich in jedem Falle der Richter zur Fürsorgeerziehung greifen kann. Die Begründung allerdings legt mehr Wert auf die Strafen, die als die Regel zu betrachten seien. Auch hier wird es wohl notwendig sein, nachdrücklichst darauf hinzuweisen, daß wir als Ärzte und Kriminalpsychologen dieser Auffassung der Verfasser des Entwurfes durchaus nicht beistehen können, vielmehr der Ansicht sind, daß die Strafe die Ausnahmemaßregel, die Erziehung die Regel sein müsse.

Vortr. streift dann noch kurz die Sonderbestimmungen, daß Freiheitstrafen gegen vermindert Zurechnungfähige in besonders für sie bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken sind (§ 63 III), daß Jugendliche in eigenen Anstalten oder Abteilungen, und zwar die voll Zurechnungfähigen von den vermindert Zurechnungfähigen getrennt, unterzubringen sind, endlich, daß Freiheitstrafen gegen vermindert zurechnungfähige Jugendliche auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten vollzogen werden können (§ 70).

Die Strafverschärfungen des § 18 müßten bei vermindert Zurechnungfähigen prinzipiell ausgeschlossen sein.

Vortr. erwähnt schließlich noch, daß nach § 244 II (dem jetzigen § 176 II entsprechend) nur der außereheliche Beischlaf, nicht die unzüch-



tige Handlung an einer geisteskranken Frauensperson strafbar ist, was er für falsch hält; daß ferner in dem § 250 (dem jetzigen § 175 entsprechend) die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht aufrecht erhalten, zugleich aber auf die Frauen ausgedehnt worden ist. Besonders das letztere hält er für äußerst bedenklich, da dieses Delikt kaum faßbar ist und eine neue, äußerst gefährliche Quelle für Erpressungsversuche aufgedeckt wird.

Diskussion. — *Landerer*-Andernach bemerkt: Da nach § 65 des Strafgesetzentwurfes die Verwahrung der auf Grund der §§ 63 u. 64 nicht oder nur gering bestraften Gesetzesbrecher seitens des Gerichts angeordnet werden kann, dürfte es folgerichtig sein, wenn der ärztliche Sachverständige zugleich vom Gerichte über die zweckmäßige Unterbringung solcher Leute gehört würde. Manchen Mißgriffen könnte vielleicht auf diese Weise vorgebeugt werden.

Gleiches ist bezüglich der jugendlichen und geistig minderwertigen Gesetzesbrecher zu sagen.

*L.* hält ferner die Einweisung der vermindert Zurechnungfähigen in eine Irrenanstalt nicht für richtig, da recht viele solcher Leute bei Entziehung des Alkohols und bei geordneter Lebensweise und regelmäßiger Beschäftigung nicht geisteskrank und zu Geisteskrankheit lediglich in vermehrtem Grade disponiert sind. Diese Leute würden in der Irrenanstalt nicht am Platze sein, dort den Betrieb nur erschweren, und gehören entweder in neu zu schaffende Anstalten, und manche besser in Arbeitanstalten als in Irrenanstalten.

Weiter beanstandet *Landerer*, daß die auf Grund des § 63 Nichtbestraften lediglich in den öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden sollen, und daß die Privatanstalten von deren Unterbringung auf Grund des Gesetzes ausgeschlossen sein sollen.

*Gudden*-Bonn bemerkt hiergegen, daß die Privatanstalten doch nicht gezwungen werden können, ihnen nicht zusagende Kranke aufzunehmen.

*Peretti*-Grafenberg stimmt *Aschaffenburgs* Vorschlag zur Änderung der Ausdrücke „geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos“ in § 63 bei, ebenso seinen Ausführungen über Trunkenheit, Wirtshausverbot usw., hält nur den Ausdruck „selbstverschuldete Trunkenheit“ nicht für glücklich, da die Trunkenheit bei chronischen Alkoholisten durch krankhafte Sucht, nicht durch Schuld zu erklären ist. § 65 dürfte den doch in erster Linie als Krankenhäuser zu betrachtenden Heil- und Pflegeanstalten in den Augen der Laien noch mehr den Charakter der Detinierungsanstalten aufprägen. Entschieden ist die Gefahr vorhanden, daß auf Grund des § 65 freigesprochene Geisteskranke nach ihrer Genesung oder Besserung nicht so leicht und so rasch, als erwünscht ist, aus der Anstalt entlassen werden können, wenn die Landespolizeibehörde über Dauer der Verwahrung und Entlassung bestimmt. Noch bedenklicher ist es, daß die Anstalten,





besonders die in den Industriebezirken, noch viel mehr als bisher unter der Bevölkerung mit Degenerierten und Minderwertigen, den auf Grund des § 63 Abs. 2 zu einer milderen Strafe Verurteilten, zu leiden haben werden, für die unsere jetzigen Anstalten, auch die mit Bewahrungshäusern versehenen, nicht der geeignete Unterbringungsort sind.

*Hübner*-Bonn hält die Bestimmung des § 65 gleichfalls für nicht unbedenklich. Einmal sei es prinzipiell nicht richtig, einem Gericht die Beschlußfassung über die Dauer des Aufenthaltes in einer Krankenanstalt zu übertragen, denn die Frage der Anstaltpflegebedürftigkeit und Entlassungfähigkeit sei eine rein ärztliche. Ferner könnte unter Umständen den Anstaltsdirektionen eine erhebliche Mehrarbeit erwachsen, da gegen den Gerichtsbeschluß nur der Klageweg offenstehen solle; schließlich bliebe zu bedenken, daß möglicherweise auch dem Pat. rechtliche Nachteile daraus erwachsen könnten, wenn er trotz eingetretener Heilung oder weitgehender Besserung bis zum Abschluß des Entlassungsverfahrens in der Anstalt zurückgehalten werden müßte. Bezüglich des letzten Punktes wird auf die periodische Manie exemplifiziert.

*Thomsen*-Bonn: Nicht genug kann betont werden, daß der neue § 63 für uns Psychiater keinen Fortschritt bedeutet. Die „freie Willensbestimmung“, ein rein philosophischer Begriff, bei dem sich jeder denkt, was er will, ist geblieben und damit der alte Schaden — wir haben zwar keine „verminderte Zurechnungfähigkeit“ erhalten, dafür aber eine „verminderte freie Willensbestimmung“. Der Vorentwurf behauptet zwar, daß es ohne diese, welche zu einer „volkstümlichen Vorstellung“ und daher zu einem brauchbaren Begriff geworden wäre, nicht gehe, aber ein Blick auf die Literatur und die tatsächlichen Verhältnisse genügt ja, um darzutun, wie es mit der „Volkstümlichkeit“, d. h. der Allgemeinverständlichkeit der „freien Willensbestimmung“, aussieht. Und daß es ohne sie auch geht, lehren die ausländischen Strafgesetzbücher. Das österreichische, sonst so formalistische Strafgesetz begnügt sich mit der „Zurechnungsunfähigkeit“ (§ 36), und welch anderer Geist weht durch das Strafgesetzbuch unserer Schweizer Nachbarn! „Wer zur Zeit der Tat geisteskrank, blödsinnig oder in seinem Bewußtsein schwer gestört war, ist nicht strafbar“. „War die geistige Gesundheit oder das Bewußtsein des Täters nur beeinträchtigt oder war er geistig mangelhaft entwickelt, so mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen.“ In wie ganz anderer Weise wird hier das persönliche Können und Verantwortlichkeitsgefühl des Richters wie der Sachverständigen für das Urteil verwertet, als da, wo es formal durch Ausschluß oder Vorhandensein der „freien Willensbestimmung“ festgelegt ist. Bedenklich ist die Anschauung, daß der mindere Grad der Bewußtlosigkeit die Beeinträchtigung des Bewußtseins sei. Demnach würde ein Epileptiker, bei dem das Bewußtsein fortwährend schwankt, also nicht völlig aufgehoben ist, nur vermindert zurechnungfähig sein, was den tatsächlichen Verhältnissen oft absolut

nicht entspricht, da nicht der Grad, sondern die Art der Bewußtseinstörung für das Handeln entscheidend ist.

Ganz verfehlt ist die Ausdehnung des Strafgesetzparagraphen über homosexuelle Vergehen auf das weibliche Geschlecht.

*Aschaffenburg* freut sich der allgemeinen prinzipiellen Zustimmung. Was die Einzelheiten betrifft, so gibt er *Peretti* durchaus recht, daß der Ausdruck „selbstverschuldete Trunkenheit“ nicht gerade geschickt ist. Es sollte damit wohl der Gegensatz zu den Fällen bezeichnet werden, in denen jemand ohne sein Wissen mit alkoholischen Getränken in einen Zustand der Trunkenheit versetzt worden ist. Theoretisch sind solche Fälle denkbar. Ob sie tatsächlich praktisch schon jemals von Wichtigkeit gewesen sind, ist fraglich; sicher kann es sich dabei nur um Ausnahmen handeln.

Wenn Referent die Privatanstalten nicht prinzipiell ausgeschlossen wissen will, so geschieht das, weil er auf dem Standpunkte steht, daß oft genug auch eine Privatanstalt durchaus geeignet ist, einen auf Grund des § 63 freigesprochenen Kranken aufzunehmen. Selbstverständlich können die Provinzialverwaltungen die Privatanstalten nicht dazu zwingen, solche Kranke aufzunehmen.

*Hübner* ist darin durchaus recht zu geben, daß gelegentlich Schwierigkeiten entstehen könnten, wenn der Arzt den Zeitpunkt der Entlassung für gegeben erachtet, und nun erst auf dem Wege eines Verfahrens festgestellt werden soll, ob auch die Verwaltungsbehörde damit einverstanden ist. Indessen werden sich praktisch von einigen wenigen Fällen abgesehen diese Schwierigkeiten wohl als wenig erheblich herausstellen. Meist handelt es sich doch um Krankheiten so ernster Art, daß eine Verzögerung der Entlassung um einige Wochen unbedenklich ist. Übrigens steht es ja dem Arzt frei, die Schritte zur Entlassung so rechtzeitig zu tun, daß die Verzögerung verschwindend gering ist.

Vortr. steht aber außerdem insofern auf einem etwas anderen Standpunkte wie *Hübner*, als er tatsächlich glaubt, daß unser jetziges Verfahren dem Arzte zuviel Verantwortung überträgt. Bei der Entlassung gefährlicher Kranker kommen neben seinem Zustande doch auch die Verhältnisse in Frage, in die der Kranke zurückkehrt. Und darin kann der Arzt nicht so leicht die notwendigen Unterlagen bekommen, wie etwa eine Behörde, die damit betraut wird. Es werden gewiß manchmal Unbequemlichkeiten dadurch entstehen, und vielleicht wird auch gelegentlich der eine und der andere Kranke, der jetzt frühzeitig zur Entlassung kommt, länger in dem Schutze der Irrenanstalt bleiben müssen. Ob das aber ein großer Schade ist, bezweifelt Vortragender, der aufs entschiedenste dafür eintritt, daß in all den Fällen, in denen eine Tendenz zu kriminellen Handlungen bei einem Geisteskranken besteht, auch diese Neigung bei der Entlassung mitzuberücksichtigen ist und nicht, im Gegensatz zu den anderen psychischen Erscheinungen, einer moralischen Beurteilung

unterliegen dürfe. Deshalb gerade fordert er ein Verfahren, damit die Interessen der Gesellschaft, aber auch die der Kranken sorgfältig gewahrt werden.

*F. Sioli*-Galkhausen: Histologische Befunde in einem Fall von Tabespsychose.

Bericht über die mikroskopische Untersuchung des von Professor *Westphal*[1]) in der Sitzung des psych. Vereins der Rheinprovinz vom 20. Juni 1908 vorgestellten Falles. Es fand sich im Rückenmark: eine typische Tabes; in der Pia: eine infiltrative Meningitis, gering über dem Großhirn, stärker über dem Kleinhirn, am stärksten über Brücke und Hirnschenkeln, sie hält sich mit Vorliebe an Gefäße, speziell die Venen zeigen eine fleckweise die Wand durchsetzende Infiltration, sie geht nicht auf die Gehirnsubstanz über und trägt in ihrem größeren Teile das Aussehen eines frischeren Prozesses; in der Gehirnrinde: das Ensemble eines geringen degenerativen Vorgangs am Nervengewebe, wie man es bei einer Zahl funktioneller Psychosen findet (Ganglienzellveränderung mit Ausfall und Schiefstellung einzelner, aber ohne Schichtstörung, kein merklicher Markscheidenausfall, Gliafaservermehrung an der Oberfläche, in der linken Rindenschicht, der tiefen Rinde und dem subkortikalen Marklager, regressive Veränderung vieler Gliazellen, Bildung amöboider Gliazellen im Mark der Zentralwindungen und des Kleinhirns, „perivaskuläre Räume" *Alzheimers* und viel Pigment in den Gefäßscheiden und der Pia), und die Anzeichen einer alten Erkrankung kleiner Hirngefäße (Unregelmäßigkeit in Form und Lagerung der Gefäßwandkerne, spärliches Vorkommen von kleinen Plasmazellen, Mastzellen und eigentümlichen Zwischenformen).

Die Befunde in der Hirnrinde sind mit der Tabes nicht in direkte Beziehung zu bringen, haben auch mit der typischen Paralyse nichts zu tun, zeigen aber gewisse Ähnlichkeit mit den von *Alzheimer* bei stationärer Paralyse beschriebenen Befunden, nur daß bei diesen stellenweise frische Infiltrationen oder Wucherungsformen von Gliazellen vorkommen, die unserm Fall ganz fehlen.

Der vorliegende Fall einer Tabespsychose dürfte somit als eine eigenartige Hirnrindenerkrankung anzusehen sein, die vorläufig bei den metaluischen zu registrieren ist.

*Wiehl*-Bonn: Sogenannte Krisen bei Geisteskranken.

Vortr. bespricht die Lehre von den Krisen, d. h. von gewissen an dem Individuum bemerkbaren Erscheinungen, die die Übergangstufe zur Gesundheit bilden, wie sie von *Esquirol*, *Fodése*, *Friedreich*, *Nasse* u. a. zu Beginn des letzten Jahrhunderts in die Psychiatrie eingeführt wurde,

[1]) Ztschr. f. Psych. Bd. 65 S. 833.



die dabei von der Ansicht ausgingen, daß die als kritisch angesehenen Erscheinungen wie Fieber, Blutungen, Hautausschläge usw. ein offen zutage tretendes Heilbestreben der Natur seien, daß dadurch die Materia peccans aus dem Gehirn entfernt und die geistige Gesundheit bewirkt werde. Er beschreibt darauf die wissenschaftlichen Kämpfe, die für und gegen diese Lehre geführt wurden, und die schließlich damit endigten, daß sie gegen die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts ganz aus der psychiatrischen Literatur verschwand, da sich immer mehr die Erkenntnis durchrang, daß die als kritisch angesehenen Vorgänge wie z. B. plötzlich auftretende und heilend wirkende fieberhafte Erkrankungen rein zufällige Ereignisse waren, die mit dem eigentlichen Krankheitprozeß nichts zu tun hatten, oder daß die als kritisch bezeichneten Erscheinungen wie Schweiße und das Wiederauftreten von unterdrückten Blutungen nicht die Ursache sondern die Folge der eintretenden Genesungen waren. Anschließend erwähnt er, daß etwa um dieselbe Zeit die Krisenlehre durch die Einführung der Thermometrie und der Fieberlehre in der inneren Medizin zu neuem Leben erwachte, allerdings mit der Modifikation, daß die als kritisch bezeichneten Symptome wie der plötzliche Fieberabfall unter starken Schweißen bei manchen Infektionskrankheiten nicht mehr als die Ursache, sondern als die Folge des im erkrankten Organ vor sich gehenden Genesungsprozesses angesehen wurde. Er zeigt dann, wie diese Lehre von kritischen Heilungen der Infektionskrankheiten 1888 von *Jacobsohn* auch auf das Delirium tremens übernommen wurde, indem dieser die plötzlichen Heilungen des Deliriums unter Fieberabfall und Schweißen kritische Heilung nannte, und wie seither bis in die Neuzeit noch manche Autoren plötzliche Genesungen von akuten Geisteskrankheiten kritisch oder wenigstens quasi-kritisch nennen, daß aber diese Autoren von körperlichen Begleitsymptomen bei solch plötzlichen Heilungen, auf die die alte Schule den Hauptwert legte, und die vielleicht gewisse Rückschlüsse auf die dabei im Organismus vor sich gehenden Umwälzungen zulassen könnten, nichts mehr erwähnen.

Vortr. beschreibt darauf eingehend drei von ihm beobachtete Fälle und zwar einen Fall von akuter Verwirrtheit nach Schreck und zwei Fälle von manisch-depressivem Irresein, bei denen die Genesung unter körperlichen Begleiterscheinungen erfolgte und zwar bei Fall I u. II unter Fieber mit anschließenden, mehrere Tage bis Wochen anhaltenden starken Schweißen, bei Fall III unter nur drei Tage anhaltenden starken Schweißen. Er führt aus, daß das Fieber in Fall I u. II wegen des Fehlens jeder Organerkrankung, nach der Beschaffenheit des Pulses und wegen des Erhaltenseins des subjektiven Wohlbefindens nur als ein sogenanntes aseptisches aufgefaßt werden kann, und glaubt, daß das Fieber und die Hyperhidrosis in enger Beziehung zu dem im Organismus vor sich gehenden Heilungsprozeß stehen müsse, daß sie durch den Heilungsprozeß bedingt seien. Den ganzen Vorgang könne man sich folgendermaßen erklären: Wie bei



dem kritischen Fieberabfall bei der Pneumonie macht der Organismus plötzlich sämtliche ihm innewohnenden Heilkräfte mobil, die nun durch erhöhte Oxydation die im Blutkreislauf aufgespeicherten intermediären Stoffwechselabfallprodukte und die Krankheitstoffe in ihre Endprodukte zerlegen und neutralisieren. Dadurch wird die Wärmeproduktion stark und rasch vermehrt, und bei ungenügender Wärmeabgabe entsteht Fieber, das dann noch weiter zur Erhöhung des Stoffwechselumsatzes beiträgt. Nun kommt die vermehrte Schweißsekretion, die teilweise neben der Atemluft und dem Urin dazu dient, die Endprodukte des Stoffwechsels aus dem Organismus zu entfernen, in der Hauptsache aber dazu, um als Wärmeregulator die durch die erhöhte Oxydation vermehrte Wärmeproduktion auszugleichen. Gelingt dies von Anfang an, dann bleibt natürlich das Fieber aus wie in Fall III, und die Hyperhidrosis ist das einzige Zeichen des Heilungsprozesses.

Er erwähnt dann noch kurz die Untersuchungen *Weichardts* über Ermüdungstoxine und Antitoxine, die vielleicht bei dem Entstehen solcher körperlichen Begleiterscheinungen beim Genesungsprozeß eine gewisse Rolle spielen können, und hält es für berechtigt, rasche Heilungen unter solchen Begleiterscheinungen als kritische zu bezeichnen. Zum Schluß betont er, daß es wichtig ist, auf solche Symptome zu achten, da sie unter Umständen dazu geeignet sein können, wichtige Anhaltpunkte für die Behandlung ähnlich gearteter Psychosen an die Hand zu geben.

Der Vortrag von *Stertz*-Bonn über Residualwahn bei Alkoholdeliranten mußte wegen Zeitmangels auf die nächste Sitzung verschoben werden. *Umpfenbach.*

## Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin am 2. Oktober 1910.

Zur Sitzung, die im Abgeordnetenhause stattfand und mit Rücksicht auf den vom 3. bis 7. Oktober ebendaselbst tagenden 4. internat. Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke nur der Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten diente, waren etwa 60 Mitglieder erschienen, darunter die Vorstandmitglieder *Moeli*, *Cramer*, *Kreuser*, *Laehr* und *Tuczek*.

Nach kurzer Begrüßung gedachte der Vorsitzende *Moeli* der seit der letzten Jahresversammlung gestorbenen Vereinsmitglieder und Kollegen *Guttstadt*, *Meschede*, *Max Sander*, *Wilh. Zenker*, *Kölpin*, *C. M. Brosius*, *Jühlke*, *Plesch*, *Ludwig*, *Scheel*, *Rosenberg*, *Hopf*, *Rich. Fischer*, *v. Buchka*, *Kratz*, *Gock*, *K. Link*, *Max Cramer*, *Walter Brosius*, *Samuel* und *Steinhausen*.

*Hans Laehr* teilt im Auftrage des Vorstandes mit, daß das Vermögen der Heinrich Laehr-Stiftung, aus dessen Zinsen im vorigen



Rechnungsjahr 1200 Mk. für eine wissenschaftliche Reise nach Algier und 1000 Mk. für Versuche an Affen verausgabt waren, sich am 1. April 1910 auf 126 052,20 Mk. belief. Die Versammlung entlastet den Stiftungsvorstand auf Grund des von *Kluge* und *Moeller* geprüften Rechnungsabschlusses.

In den Vorstand werden die satzunggemäß ausscheidenden Mitglieder *Moeli* und *Tuczek* wiedergewählt.

*A. Cramer* beantragt, der Verein möge sich am Deutschen Ausschuß für den mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht beteiligen, und schlägt vor, *Kräpelin* zum Vertreter des Vereins zu wählen. Die Versammlung stimmt dem bei.

Der Antrag der Standeskommission: es sollen alle 5 Jahre statistische Zusammenstellungen der Anstellungsverhältnisse der Anstaltärzte gemacht und veröffentlicht werden, wird angenommen.

Mit dem Vorschlag des Vorstandes, die nächste Jahresversammlung am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart abzuhalten, erklärt sich nach kurzer Besprechung die Versammlung einverstanden und gibt ihre Zustimmung zur Aufstellung der folgenden Referate: 1. Psychologische Untersuchungmethoden; 2. Wie weit kommen psychogene Krankheitzustände und Krankheitprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? 3. Über den Einfluß *Wernicke*s auf die klinische Psychiatrie.

Dem Schatzmeister des Vereins *Kreuser* wird auf Grund der gedruckt vorliegenden und von *Ilberg* und *Ransohoff* geprüften Rechnungslegung Entlastung erteilt.

Die Versammlung beschließt, die Kosten der Ausstellung der Fürsorge für Geisteskranke auf die Kasse des Vereins zu übernehmen.

Der Vorsitzende berichtet über Briefe von *Aschaffenburg* und *Juliusburger*. Jener regt die Bildung einer Pressekommission an, welche Zeitungsangriffe gegen die Psychiater, etwa durch Übersendung einer Zeitungskorrespondenz, abwehren soll; dieser möchte über einen Prozeß berichten, in dem ganz allgemein die Psychiater angegriffen seien. Die Versammlung beschließt, beide Schreiben der Standeskommission zu überweisen, und nimmt den Antrag *Alt* an, die Standeskommission möge in der nächsten Jahresversammlung Vorschläge machen, ob und wie eine Abwehr der Angriffe gegen die Psychiater zu organisieren sei.

*H. Laehr.*



# Kleine Mitteilungen.

Im Wintersemester 1910—1911 veranstaltet die Österreichische Kriminalistische Vereinigung — für die psychiatrischen Fragen unter Mitwirkung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien — einen Vortragzyklus über den Vorentwurf zu einem österreichischen Strafgesetz. Das Programm lautet:

Einleitung: Dr. *E. Benedikt*, Hof- und Gerichtsadvokat (Wien), am 10. Okt. — Zurechnungfähigkeit: Hofrat Prof. Dr. *J. R. v. Wagner-Jauregg* (Wien) am 17. Okt.; Prof. Dr. *A. Stöhr* (Wien) am 24. Okt.; Prof. Dr. *A. Lenz* (Graz) am 31. Okt. — Beziehungen zwischen Irrenanstalten und Strafrechtpflege: Prim. Dr. *J. Berze* (Wien) am 14. Nov. — Notwehr und Notstand: Prof. Dr. *H. Groß* (Graz) am 21. Nov. — Milderungsrecht: Staatsanwaltstellvertr. Dr. *F. Kadečka* (Wien) am 28. Nov. — Das Affektdelikt: Priv.-Doz. Dr. *E. Stransky* (Wien) am 5. Dez. — Sexualdelikte: Reg.-Rat Prof. Dr. *J. Fritsch* (Wien) am 12. Dez.; Prof. Dr. *W. Mittermaier* (Gießen) am 19. Dez. — Ehrenbeleidigung: Prof. Dr. *J. Markarowicz* (Lemberg) am 9. Jan. — Schöffenverfassung: Prof. Dr. *J. Rosenblatt* (Krakau) am 16. Jan. — Versuch und Teilnahme: Hofrat Prof. Dr. *H. Lammasch* (Wien) am 23. Jan. — Trunkenheit und Trunksucht: Priv.-Doz. Dr. *Fr. v. Sölder* (Wien) am 26. Jan. — Delikte gegen die militärischen Interessen des Staates: Priv.-Doz. Majorauditor Dr. *G. Lelewer* (Wien) am 30. Jan. — Straffolgen-Rehabilitation: Doz. Dr. *E. Delaquis* (Berlin) am 6. Febr. — Schuld (Vorsatz und Fahrlässigkeit): Prof. Dr. *R. v. Hippel* (Göttingen); Prof. Dr. *A. Löffler* (Wien) am 11. und 13. Febr. — Strafe (bedingte Verurteilung und bedingte Entlassung): Oberlandesgerichtsrat Dr. *K. Warhanek* (Wien) am 20. Febr. — Geminderte Zurechnungfähigkeit und sichernde Maßnahmen: Hofrat Prof. Dr. *K. Stooß* (Wien). Zeitpunkt noch nicht bestimmt; Priv.-Doz. Dr. *E. Raimann* (Wien). Zeitpunkt noch nicht bestimmt. — Strafzumessung (Richterliches Ermessen im Vorentwurf): Geh.-Rat Prof. Dr. *K. v. Birkmeyer* (München) am 13. März. — Körperverletzung: Prof. Dr. *A. Haberda* (Wien) am 16. März; Hof- und Gerichtsadvokat Dr. *A. Nicoladoni* (Linz) am 20. März. — Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker: Hofrat Prof. Dr. *J. R. v. Wagner-Jauregg* (Wien) am 27. März. — Zusammentreffen mehrerer Strafgesetze und strafbarer Handlungen-Rückfall: Prof. Dr. W. Graf *Gleispach* (Prag)



am 30. März. — Grundsätze des internationalen Strafrechtes: Staatsanwaltstellvertr. Dr. *Fr. v. Wiesner* (Wien) am 3. April.

Zuschriften und Beitrittanmeldungen sind an den Schriftführer der Österreichischen Kriminalistischen Vereinigung Hof- und Gerichtsadvok. Dr. *Moritz Sternberg*, Wien I, Stubenring Nr. 14, zu richten.

---

Am 5. Juli fand in München die Jahresversammlung der Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten[1]) statt. Kaplan *Recheis*-Hall referierte über „Erfahrungen über Ordenspflegepersonal in der Irrenanstalt", Pfarrer *Hoeckmayr*-Gabersee über das Thema: „Wie ist ein sittlich hebender Einfluß auf das weltliche Pflegepersonal der Anstalten zu erhoffen?" An die Ausführungen der beiden Referenten schloß sich eine rege Diskussion, die schließlich folgende Leitsätze ergab:

„1. Die Verhältnisse in den verschiedenen Anstalten des deutschen Sprachgebietes sind sehr voneinander abweichend, so daß die jeweiligen Umstände in erster Linie zu berücksichtigen sind.

2. Wo es irgendwie ermöglicht werden könnte, sollte Ordenspflege (im weiteren Sinne genommen) als die zurzeit sittlich und karitativ beste angestrebt werden. Die Erfahrungen an den Anstalten, wo sie bisher eingeführt war, so auch in der psychiatrischen Universitätsklinik zu München, liefern den besten Beweis dafür, und bei gegenseitigem guten Willen würden sich die mancherseits noch gefürchteten Mißhelligkeiten auf das kleinste Maß zurückführen, wenn nicht auch ganz beseitigen lassen.

3. Vorerst werden allerdings die älteren Kongregationen, welche sich der Krankenpflege widmen, nicht imstande sein, das für die Heil- und Pflegeanstalten nötige Personal abgeben zu können. Größere Erwartungen in dieser Beziehung lassen sich wohl erhoffen, wenn die karitativen Verbände ohne eigentlichen kirchlichen Kongregationscharakter, wie z. B. die Krankenpflegeschwestern des Dritten Ordens und die Schwestern der Fachorganisationen des Karitasverbandes (Karitasvereinigung und Krankenfürsorgeverein) einmal erstarken und dann auch Personal an die Heil- und Pflegeanstalten abgeben können, so daß wenigstens im Laufe der Jahre durch den jährlichen Zuwachs die nötige Zahl von Schwestern sich einführen ließe. Wenn man die Erfolge eines *Bodelschwingh* in Bethel, eines *Ringeisen* in Ursberg betrachtet, scheint die Möglichkeit der Gründung von Pflegeschulen auf wirklich christlicher Basis nicht ausgeschlossen.

4. Auch das Verhalten des weltlichen Pflegepersonals ist in den verschiedenen Anstalten sehr verschieden; in mehr ländlicher Umgebung sind die Klagen vielfach geringer als in der Nähe großer Städte. Es gibt auch unter dem weltlichen Pflegepersonal solche, welche mit Liebe den

[1]) S. diese Zeitschr., Bd. 67, S. 171.

Beruf ergreifen und zu erfüllen suchen, und wieder noch mehr andere, welche sich zu tauglichen und guten Berufpflegern heranbilden ließen. Auch bei Einführung der Ordenspflege wird neben den Schwestern weltliches Personal nicht ganz entbehrt werden können. Es würde eventuell in vielen Fällen genügen, wenn eine Schwester als Saalschwester, Traktschwester, oder wie sie sonst heißen mag, das ihr unterstellte weltliche Personal durch Beispiel und Belehrung leiten und bewahren würde. Übrigens dürfte es nur eine Frage der Zeit sein, daß man in den Anstalten sich gezwungen sieht, nach Ordens- und Quasiordenspflege Umschau zu halten, wenn die Forderungen der im nicht christlichen Geiste organisierten Pfleger sich so weiter ins Ungemessene steigern, indem sie stets mehr Rechte und Freiheiten fordern, dafür aber immer weniger Pflichten und Obliegenheiten auf sich nehmen wollen."

Außerdem referierten noch Pfarrer *Hübner*-Werneck über „Spendung der hl. Sakramente, besonders des hl. Viatikums, an Geisteskranke" und Pfarrer *Weber*-Deggendorf über „Wert und Einfluß der außergewöhnlichen gottesdienstlichen Übungen auf die Geisteskranken". (Näheres im Jahrbuch des Karitasverbandes, 4. Jahrgang.)

---

Nekrolog Scheel. — Am 17. Mai d. J. verstarb der Direktor des Landeshospitals Haina (Kr. Frankenberg, Reg.-Bez. Cassel), Sanitätsrat Dr. *Otto Scheel.*

Am 4. Dezember 1845 als der Sohn des mecklenburgischen Kammerregistrators *Scheel* zu Neustrelitz geboren, besuchte er in Rostock das Gymnasium, studierte Medizin an den Universitäten Tübingen, Marburg, Berlin, war während des Feldzugs 1870/71 als kriegsfreiwilliger assistierender Arzt 9 Monate am Barackenlazareth I in Berlin unter *Esmarch* tätig, erwarb 1872 die ärztliche Approbation und wurde am 27. Juli 1875 zum Dr. med. promoviert.

Unter dem 25. Juli 1872 war ihm auftragweise „die Besorgung der ärztlichen Geschäfte beim Landeshospital Haina" übertragen worden. Damit hatte er eine Tätigkeit übernommen, welche ihm zur Lebensaufgabe werden sollte. „Ich habe" — so schrieb er in dem Bericht vom 5. Sept. 1872, in welchem er sich um die endgültige Übertragung der Arztstelle bewarb — „die Überzeugung gewonnen, daß die hiesige Arztstelle all die Wünsche, die ich für die Zukunft habe, zu realisieren imstande ist."

Gleichzeitig bescheinigt ihm der Vorsteher des Landeshospitals in einem Begleitbericht an die vorgesetzte Behörde, „daß er die Kranken mit großem Fleiß untersucht und mit Ausdauer und Wohlwollen behandelt".

Er erhielt die Stelle, ist aber noch lange nebenbei auf ärztliche Privatpraxis angewiesen.

Der Vorsteher, ein Verwaltungsbeamter, ist sein Vorgesetzter; eine Verfügung vom 27. Jan. 1874 verpflichtet denselben ausdrücklich, „ein besonderes Augenmerk auf den Arzt in bezug auf die Erfüllung seiner



Pflicht den Kranken und leidenden Hospitaliten gegenüber zu richten". Der Vorsteher weist den Oberwärter an, darüber Anzeige zu machen, „wenn der Arzt die Hospitaliten nicht besuchen sollte". —

Diese, selbst nach damaligen Begriffen, patriarchalischen Zustände wollen aus der Entwicklungsgeschichte der Irrenfürsorge im ehemaligen Kurhessen verstanden sein.

Im Jahre 1533 war das ehemalige Zisterzienserkloster Haina, welches in seinen alten Bauten, zumal der Kirche und dem Kreuzgang, heute noch als ein Denkmal edelster Gotik bewundert wird — neben den Klöstern Merxhausen (jetzt Pflegeanstalt für geisteskranke Frauen des Reg.-Bez. Cassel), Gronau und Hofheim (jetzt großherzoglich-hessische Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital zu Goddelau) — durch den Landgrafen Philipp den Großmütigen sequestriert und in ein Spital für körperlich und geistig Sieche und Blinde umgewandelt worden.

Seitdem hatte das Hospital als eine mit seinem ausgedehnten Grundbesitz (350 ha Land, 6733 ha Forsten; 270 Freibetten!) administrativ musterhaft geleitete, im ärztlichen Sinne aber stark vernachlässigte Wohltätigkeitsanstalt gewirkt; erst sehr spät wurde neben der pädagogischen Disziplin auch eine ärztliche Versorgung der Hospitaliten, unter denen die Geisteskranken immer mehr die Siechen überwogen, eingerichtet.

Als 1876 die Irrenheilanstalt zu Marburg für die heilbaren Geisteskranken des Bezirks Cassel eröffnet wurde, begannen die Landeshospitäler Haina und Merxhausen sich zu zeitgemäßen Irrenanstalten — jenes für Männer, dieses für Frauen — zu entwickeln.

Im Jahr 1878 war der Krankenbestand in Haina 379 (98 körperlich Kranke oder Sieche, 30 Epileptische, 251 Geisteskranke); jetzt beträgt daselbst die Krankenziffer rund 1100 (davon rund 200 beurlaubt).

Es begann eine rege, der Individualisierung in der Behandlung und Pflege tunlichst Rechnung tragende Bautätigkeit, die zurzeit noch nicht zum Abschluß gelangt ist. Im ärztlichen und im Pflegedienst setzten die notwendigsten Reformen ein; allmählich lenkte auch die Leitung der Krankenanstalt in moderne Bahnen ein. Durch eine Verfügung vom 19. April 1888 wurde dem Arzt „bis auf weiteres im Auftrag des Vorstehers die Aufsicht über die Pfleglinge übertragen". Im Jahre 1891 wurde, anläßlich der Pensionierung des Vorstehers, die Verwaltung des Vermögens und der Forsten von der eigentlichen Anstalt getrennt und diese dem Arzt als „Direktor und I. Arzt" übertragen. Daneben übernahm derselbe noch die Geschäfte der Ortsverwaltung für den Gutsbezirk Haina. 1897 wurde das schon vordem durch Pfleglinge bewirtschaftete Gut in Selbstbetrieb genommen.

Alle diese Wandlungen bedurften zu ihrer Durchführung einer kraftvollen Persönlichkeit und — zumal bei dem Charakter der Anstalt und der stets unzureichenden ärztlichen Hilfe — eines hohen Grades von Idealismus.

Daß *Scheel*, obwohl er eine eigentliche psychiatrische Schulung durch Selbststudium und eigene Erfahrung hatte ersetzen müssen; obwohl er bei der abgelegenen Lage der auch jetzt noch einer Eisenbahnverbindung entbehrenden Anstalt wissenschaftlich und organisatorisch auf sich selbst angewiesen war; obwohl auch schwere Schicksalschläge ihm nicht erspart geblieben waren — daß er trotzdem das Werk so weit geführt hat, wie er es hinterließ, das wird ihm unvergessen bleiben und ist wert, seinen Namen auch an dieser Stelle zu verewigen.

Ein zuverlässiger gerader Charakter, human im Denken und Handeln, ausgezeichnet durch einen feinen Schönheitsinn, ein trefflicher Gesellschafter — so wird er allen, die ihn näher kannten, in gutem Andenken bleiben. *Tuczek* (Marburg).

---

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Livländische Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Stackeln beigetreten. —

Der Unterzeichnete bittet die Kollegen, sich von ihm jedesmal vor Versendung eines Berichts das ergänzte Verzeichnis der dem Verein angehörigen Anstalten (in Form von Adressenstreifen) schicken zu lassen, damit die neu eingetretenen Anstalten von vornherein die Berichte erhalten.

Dr. *Hans Laehr*.

---

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Max Schröder*, San.-R., Oberarzt, ist von Uckermünde nach Lauenburg,

Dr. *Paul Albrecht*, Oberarzt, von Ückermünde nach Treptow a. R.,

Dr. *Gustav Deutsch*, Oberarzt, von Lauenburg nach Ückermünde und

Dr. *Rud. Heinke*, Oberarzt, von Lauenburg nach Ückermünde,

Dr. *Herm. Grimme*, bisher Abt.-Arzt in Göttingen, nach Hildesheim versetzt worden.

Dr. *Eugen Schulze*, Obermedizinalrat, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch, ist an die im Bau begriffene Pflegeanstalt Arnsdorf versetzt.

Dr. *Herm. Brackmann*, bisher Oberarzt in Colditz, ist mit dem Titel Medizinalrat zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch ernannt worden.

Dr. *Theod. Ziehen*, Geh. Med.-R., Prof. in Berlin, wurde von der Berliner philosophischen Fakultät zum Dr. phil. hon. c. promoviert. Auch ist ihm der Kronenorden 3. Kl. verliehen worden.

Dr. *Alfr. Hoche*, Geh. Hofrat, Prof. in Freiburg, hat die Friedrich-Luisenmedaille,

Dr. *Franz Nißl*, Prof. in Heidelberg,

Dr. *Leop. Oster*, Med.-Rat in Illenau, und

Dr. *Arth. Barbo*, Med.-Rat in Pforzheim, haben das Ritterkreuz 1. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen erhalten.

---



# BERICHT

ÜBER DIE

# PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1909

REDIGIERT

VON

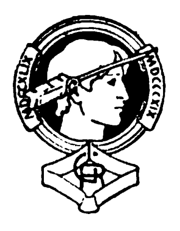
**OTTO SNELL**
LÜNEBURG

---

LITERATURHEFT

ZUM 67. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1910

## 1. Psychologie und Psychophysik.

Referent: Max Isserlin-München.

1. *Albrich*, *Konrad*, Leibniz' Lehre vom Gefühl. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 16, S. 111—167.
2. *Alrutz*, *Sidney*, Halbspontane Erscheinungen in der Hypnose. Ztschr. f. Psychol. Bd. 52, S. 425—460. (S. 17*.)
3. *Arps*, *G. F.*, und *Klemm*, *O.*, Der Verlauf der Aufmerksamkeit bei rhythmischen Reizen. Psycholog. Studien, herausg. von Wundt. Bd. 4, S. 505—529.
4. *Batty*, *Alice M.*, Some Observations upon Practice and Fatigue, as they affect the Rate of Tapping. The American Journal of Psychology. Bd. 20, S. 449—455. (S. 4*.)
5. *Becher*, *Erich*, Einige Bemerkungen über die Sensibilität der inneren Organe. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 356 bis 379. (S. 10*.)
6. *Beckmann*, *Karl*, Der Wille bei Descartes. Eine psychologische Untersuchung. Archiv für d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 43 bis 101.
7. *Bentley*, *Madison*, An Observation Table. American Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 278—279.
8. *Benussi*, *Vittorio*, Über „Aufmerksamkeitsrichtung" beim Raum- und Zeitvergleich. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 73—107.
9. *Braun*, *O.*, Eduard v. Hartmanns Psychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 50, S. 422—433.
10. *Bühler*, *Karl*, Zur Kritik der Denkexperimente. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 108—118.
11. *Buschan*, *Georg*, Geschlecht und Verbrechen. Großstadtdokumente. Bd. 48. Hermann Seemann, Berlin und Leipzig. 95 Seiten.





12. *Calkins*, *Mary Whiton*, The Abandonment of Sensationalism in Psychology. American Journal of Psychology. Bd. 20, S. 269—277.
13. *Claparède*, *Ed.*, Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale. Génève, Librairie Kündig. 273 S.
14. *Dean* siehe *Thorndike.*
15. *Deuchler*, *G.*, Beiträge zur Erforschung der Reaktionsformen. II. Abhandlung. Psychol. Studien, herausg. von Wundt. Bd. 5, S. 163—267.
16. *Deuchler*, *G.*, Bericht über den dritten internationalen Kongreß für Philosophie zu Heidelberg vom 31. Aug. bis 5. Sept. 1908.
17. *Dodge*, *Raymond*, Eine experimentelle Studie der visuellen Fixation. Übersetzt von H. Wilmanns. Ztschr. f. Psychol. Bd. 52, S. 321—424.
18. *Eisler*, *Rudolf*, Das Wirken der Seele. Ideen zu einer organischen Psychologie Alfred Kröner, Leipzig. 75 S.
19. *Ellis*, *Havelock*, Sexual Education and Nakedness. American Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 297—317.
20. *Ewald*, *Richard*, Die Umkehr des Versuchs von Aristoteles. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 1—4.
21. *Feilchenfeld*, *Hugo*, Über die Empfindlichkeitszunahme durch Dunkeladaptation bei hohen Lichtintensitäten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 51—60.
22. *Fischer*, *K.*, Die objektive Methode der Moralphilosophie bei Wundt und Spencer. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 1 bis 111.
23. *Franchini*, *Giuseppe*, La grafica psicometrica dell' attenzione nei malati di mente. S.-A. der Annali di Nevrol. XXVII, 39 S.
24. *Fujita*, *T.*, Die Schätzung der Bewegungsgröße bei Gesichtsobjekten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 35—50.
25. *Geissler*, *L.*, *R.*, The measurement of attention. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 473—529.
26. *Geissler*, *L. R.*, siehe *Titchener.*
27. *De Groot*, Über die bei verschiedener Intensität zur Tonempfindung ausreichende Anzahl Schwingungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 18—34.
28. *Guillet*, *Cephas*, Retentiveness in Child and Adult. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 318—352.



29. *Günther*, *Karl*, Die Willensfreiheit. Eine psychologische und philosophische Studie. Georg Wattenbach, Berlin und Leipzig. 31 S.

30. *Guttmann*, *Alfred*, Schlußbemerkung zu Prof. Dr. *Nagels* Erwiderung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 411—416.

31. *Haenel*, *Hans*, Die Gestalt des Himmels und Vergrößerung der Gestirne am Horizont. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 161 bis 199.

32. *Heine*, *Rosa*, Ein Beitrag über die sogenannten Vergleichungen übermerklicher Empfindungsunterschiede. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 56—70.

33. *Herz*, *H.*, Energie und seelische Richtkräfte. Akad. Verlagsges., Leipzig. 105 S.

34. *Heymans*, *G.*, und *Wiersma*, *E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. Sechster Artikel. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 1—72.

35. *Heymans*, *G.*, Untersuchungen über psychische Hemmung. Fünfter Artikel. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 401—413.

36. *Hillebrand*, *Franz*, Die Heterophorie und das Gesetz der identischen Sehrichtungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 1—55.

37. *Hue*, *Edmund B.*, The international Congress of Psychology. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 571—575.

38. *Hyslop*, *James H.*, Probleme der Seelenforschung. Julius Hoffmann, Stuttgart. 378 S.

39. *Kaëstner*, *Georg*, Untersuchungen über den Gefühlseindruck unanalysierter Zweiklänge. Psychologische Studien, herausg. von Wundt. Bd. 4, S. 473—504.

40. *Kalmus* siehe *Sidis*.

41. *Kern*, *Berthold*, Das Erkenntnisproblem und seine kritische Lösung. Aug. Hirschwald, Berlin. 190 S.

42. *Kinoshita*, *Tosaku*, Zur Kenntnis der negativen Bewegungsnachbilder. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 420—433.

43. *Kinoshita*, *Tosaku*, Über die Dauer der negativen Bewegungsnachbilder. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 434—442.

44. *Klemm*, *O.*, Lokalisation von Sinneseindrücken bei disparaten Nebenreizen. Psychol. Studien von *Wundt* Bd. 5, S. 73—161.

45. *Klemm* siehe *Arps*.





46. *Koffka*, *Kurt*, Experimentaluntersuchungen zur Lehre vom Rhythmus. Ztschr. f. Psychol. Bd. 52, S. 1—109.
47. *Köhler*, *Wolfgang*, Akustische Untersuchungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 241—289.
48. *Kohnstamm*, *Ph.*, Parallelismus und Wechselwirkung vom Standpunkte der mathematischen Physik. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 261—273.
49. *Köllner*, Monochromatisches Farbensystem als Reduktionsform angeborener Dichromasie. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 409—410.
50. *v. Kries*, *J.*, Über das Binokularsehen exzentrischer Netzhautteile. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 168—181.
51. *Kuhlmann*, *F.*, On the Analysis of Auditory Memory Consciousness. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 194—218.
52. *Kullmann*, *Paul*, Statistische Untersuchungen zur Sprachpsychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 290—311. (S. 13*.)
53. *Lange*, *Karl*, Über Apperzeption. R. Voigtländer, Leipzig. 257 S.
54. *Langfeld*, *Herbert Sidney*, Über die heterochrome Helligkeitsvergleichung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 113—178.
55. *Laurila*, *R. S.*, Ist der ästhetische Eindruck aus einer oder mehreren Quellen abzuleiten? Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 112 bis 136.
56. *Lay* siehe *Thorndike*.
57. *Leuba*, *James H.*, An Apparatus for the Study of Kinaesthetic Space Perception. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 370 bis 373.
58. *Leuba*, *James H.*, The Influence of the Duration and of the Rate of Arm Movements upon the Judgement of their Length. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 374—385.
59. *Levy-Suhl*, Die hypnotische Beeinflussung der Farbenwahrnehmung und die Helmholtzsche Theorie vom Simultankontrast. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 179—205. (S. 11*.)
60. *Linwurzky*, *J.*, Zum Problem des falschen Wiedererkennens. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 256—260.
61. *Lohmann*, *W.*, Über die Lage der physiologischen Doppelbilder. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 100—115.
62. *Martin*, *Lillien J.*, Über ästhetische Synästhesie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 1—60.



63. *Mc Mein, M.*, und *Washburn, M. F.*, The Effect of Mental Type on the Interference of Motor Habits. (Studies from the Psychological Laboratyor of Vassar College.) Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 282—284.

64. *Meyer, Semi*, Zum Traumproblem. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 206—224.

65. *Meumann, E.*, Über Lesen und Schreiben im Traume. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 380—400.

66. *Meumann, E.*, Über einige optische Täuschungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 15 S. 401—409.

67. *Meumann, E.*, Weiteres zur Frage der Sensibilität der inneren Organe und der Bedeutung der Organempfindung. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 279—310 und Bd. 16, S. 228 bis 235. (S. 9*, 10*.)

68. *Minor, A.*, Über die Gefälligkeit der Sättigungsstufen der Farben. Ztschr. f. Psychol. Bd. 50, S. 433—444.

69. *Mochi, Alb.*, Neueste Untersuchungen über die Projektion monokularer Nachbilder durch das nicht belichtete Auge. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 81—99.

70. *v. Monakow*, Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Großhirn. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 161—182. (S. 17*.)

71. *Müller, P.*, Einige Beobachtungen über die sekundäre Erregung nach kurzer Reizung des Sehorgans. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 358—384.

72. *Müller-Freienfels, Richard*, Die assoziativen Faktoren im ästhetischen Genießen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 71—118.

73. *Murray, Elsie*, Organic Sensation. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 386—446.

74. *Nagel, W.*, Schlußwort über Herrn A. Guttmanns Prioritätsreklamationen in der Anomalenforschung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 417—419.

75. *Nagel, W.*, Farbenumstimmung beim Dichromaten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 5—17.

76. *Nakashima, Taizo*, Contributions to the Study of the Affective Processes. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 157—193.

77. *Pick, A.*, Das pathologische Plagiat, eine Form von Störung der Erinnerung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 50, S. 401—421. (S. 14*.)



78. *Ponzo, Mario*, Über die Wirkung des Stovains auf die Organe des Geschmacks, der Hautempfindungen, des Geruchs und des Gehörs, nebst einigen weiteren Beobachtungen über die Wirkung des Kokains, des Alipins und der Karbolsäure im Gebiete der Empfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 385—436. (S. 9*.)

79. *Poppelreuter, Walter*, Über die Bedeutung der scheinbaren Größe und Gestalt für die Gesichtswahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 311—361.

80. *Pozděna, Rud. F.*, Eine Methode zur experimentellen und konstruktiven Bestimmung der Form des Firmaments. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 200—247.

81. *Pyle, William Henry*, An experimental Study of Expectation. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 530—569.

82. *Reinhold, Ferdinand*, Beiträge zur Assoziationslehre auf Grund von Massenversuchen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 183 bis 214. (S. 11*.)

83. *Révész, Géza*, Über das kritische Grau. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 345—363.

84. *Rose, K. B.*, Some Statistics on Synaesthesia. (Notes from the Psychol. Laboratory of Vassar College.) Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, S. 447.

85. *Salow, Paul*, Beschreibung eines verbesserten Chronographen. Psychol. Studien, herausg. von Wundt, Bd. 4.

86. *Schäfer, K. L.*, Bibliographie der psycho-physiologischen Literatur des Jahres 1907. Ztschr. f. Psychol. Bd. 51, S. 321—463.

87. *Schlesinger, Abraham*, Der Begriff des Ideals. Systematisch-psychologische Darstellung und Würdigung der bisherigen Idealtheorien. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 137—228.

88. *Schlick, Moritz*, Das Grundproblem der Ästhetik in entwicklungsgeschichtlicher Beleuchtung. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 102—132.

89. *Schmidt, Erich, Ludwig* Schopenhauer und die Mystik. Karl Marhold, Halle. 16 S.

90. *Schulz, Adolf John*, Untersuchungen über die Wirkung gleicher Reize auf die Auffassung bei momentaner Exposition. Ztschr. f. Psychol. Bd. 52, S. 110—147 und S. 238—296.



91. *Schüssler*, *Heinrich*, Über die Verschmelzung von Schallreizen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 54, S. 119—143.

92. *Selz*, *Otto*, Die psychologische Erkenntnistheorie und das Transzendenzproblem. Untersuchungen zur Entstehung des Transzendenzproblems und zur Transzendenztheorie des älteren englischen Empirismus. Arch f. d. ges. Psychol. Bd. 16, S. 1—110.

93. *Sidis*, *Boris*, und *Kalmus*, *H. T.*, A Study of Galvanometric Deflections due to Psycho-Physiological Processes. S.-A. der Psychological Review Bd. 15, Nr. 5, Bd. 16, Nr. 1. (S. 16*.)

94. *Sinn*, *R.*, Studien über Wahlreaktionen. S.-A. der Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, S. 235—446.

95. *Stein*, *Philipp*, Tatbestandsdiagnostische Versuche bei Untersuchungsgefangenen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 52, S. 1—160. (S. 21*.)

96. *Sternberg*, *Wilh.*, Geschmack und Appetit. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 315—344.

97. *Stigler*, *R.*, Über den physiologischen Proportionalitätsfaktor, nebst Angabe einer neuen subjektiven Photometriermethode. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 116—164.

98. *Störring*, *G.*, Experimentelle und psychopathologische Untersuchungen über das Bewußtsein der Gültigkeit. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 1—42.

99. *v. Sybel*, *Alfred*, Über das Zusammenwirken verschiedener Sinnesgebiete bei Gedächtnisleistungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 257—360.

100. *Thorndike*, *Edward L.*, *Lay*, *Wilfred*, and *Dean*, *P. K.*, The Relation of Accuracy in Sensory Discrimination to General Intelligence. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 364—369.

101. *Titchener*, *E. B.*, A Demonstrational Stereoscope. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 279.

102. *Titchener*, *E. B.*, und *Whipple*, *G. M.*, Tuning Forks for Tests of Pitch Discrimination. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 279—81.

103. *Titchener*, *E. B.*, und *Geissler*, *L. R.*, A Bibliography of the Scientific Writings of Wilhelm Wundt. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 570—571.



104. *Trebs, Emil*, Die Harmonie der Vokale. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 311—357.

105. *Truschel, L.*, Das Problem des sogenannten sechsten Sinnes der Blinden. (Heutiger Stand der Forschungen.) Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 133—178. (S. 10*.)

106. *Tuczek, F.*, Psychopathologie und Pädagogik. Kassel, Hessische Schulbuchhandlung, Rudolf Röttger. 40 S.

107. *Urban, F. M.*, Die psychologischen Maßmethoden als Grundlagen empirischer Messungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 261—355 und Bd. 16, S. 168—227.

108. *Urban, F. M.*, Über die bei Durchgangsbeobachtungen auftretende Dezimalgleichung. Ztschr. f. Psychol. S. 361—367.

109. *Vaschide, N.*, Essai sur la psychologie de la main. Marcel Rivière, Paris. 488 S.

110. *Volpers, F. A.*, Ein Beitrag zur romantischen Pädagogik. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 15, S. 229—256.

111. *Waddle, Charles W.*, Miracles of healing. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 219—268.

112. *Wanach, Bernhard*, Eine Notiz über Farbenermüdung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 43, S. 443—446.

113. *Washburn, M. F.*, An Instance of the Effect of Verbal Suggestion on Tectual Space Perception. (Notes from the Psychol. Laboratory of Vassar College.) Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 447.

114. *Washburn, M. F.*, siehe *Mc Mein.*

115. *Wells, Frederick Lyman*, Sex Differences in the Tapping Test. An Interpretation. Americ. Journ. of Psychol. Bd. 20, S. 353—363. (S. 15*.)

116. *Westphal, Hans*, Unmittelbare Bestimmungen der Urfarben. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, S. 182—230.

117. *Whipple* siehe *Titchener.*

118. *Wiersma* siehe *Heymans.*

119. *Wirth, Wilhelm*, Die Probleme der psychologischen Studien von *Theodor Lipps.* Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 14, S. 217—278.

120. *Wirth, Wilhelm*, Zur Messung der Klarheitsgrade der Bewußtseinsinhalte. Psychol. Studien, herausg. von Wundt, Bd. 5, S. 48—72.



121. *Wirth*, *Wilhelm*, Ein Tachistoskop für Reizserien. Psychol. Studien, herausg. von Wundt, Bd. 5, S. 268—278.

122. *Witasek*, *Stephan*, Lokalisationsdifferenz und latente Gleichgewichtsstörung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 53, S. 61—96.

123. *Wreschner*, *Arthur*, Die Reproduktion und Assoziation von Vorstellungen (2. Teil). 3. Ergänzungsband der Ztschr. f. Psychol. 1909, 598 S. (S. 11*.)

124. *Wundt*, *W.*, Über reine und angewandte Psychologie. Psychol. Studien Bd. 5, S. 1—47.

*Ponzo* (78) hat neue Versuche zur Physiologie und Psychologie der Wirkung der Anäshetika angestellt. Nach seinen Experimenten erzeugt das Stovain durch periphere Wirkung für Kochsalz und Chininsulfat lokale Anästhesie des Geschmacks und durch zentrale für Kochsalz Hyperästhesie desselben. Daß die letztere Wirkung eine zentrale ist, sucht *P.* durch den durch systematische Versuche erbrachten Nachweis darzutun, daß die Überempfindlichkeit auch an Stellen auftritt, die mit dem Mittel nicht in Berührung gekommen sind, z. B. auf der rechten Hälfte der Zunge, während die linke gepinselt war, oder auch nach subkutaner Injektion. Die zentrale Wirkung besteht scheinbar nicht für die andern Geschmacksarten. Das Kokain ruft nach den Experimenten *P.*s durch seinen Einfluß auf das Gehirn Überempfindlichkeit für Chinin und Rohrzucker hervor. Diese Tatsachen sollen auf eine elektive zentrale Wirkung der Anästhetika schließen lassen und die Vermutung nahelegen, daß im Gehirn für die einzelnen Empfindungsqualitäten besondere Zentren bestehen.

Für Tast-, Schmerz- und Kältereize erzeugt das Stovain nach *P.* durch periphere Wirkung Anästhesie; durch zentrale Wirkung scheint Überempfindlichkeit für taktile Eindrücke zu entstehen. Ob letztere auch für thermische und schmerzhafte Reize besteht, ist noch festzustellen.

In dem Geruchsorgan ruft das Stovain durch periphere Wirkung lokale Anästhesie für Gummi und andere Stoffe hervor. Durch zentrale Wirkung erzeugt es Hyperosmie.

Endlich erzeugt Stovain nach den Experimenten des Autors durch zentrale Wirkung eine Zunahme der Hörschärfe.

*Meumann* (67) berichtet über Versuche, welche *Becher* 1908 (Ztschr. f. Psychol. Bd. 49) über die Sensibilität der inneren Organe gemacht hat und nimmt, gestützt auf eigene und fremde neue Beobachtungen kritisch zu ihnen Stellung. *Meumann* betont die Wichtigkeit solcher Untersuchungen für die normale und pathologische Psychologie. Auch die Beobachtungen der Ärzte, besonders der Chirurgen, hätten einen großen psychologischen Wert, und die hierher gehörenden Erfahrungen müßten systematisch gesammelt werden, weil gerade diese Empfindungen für das allgemeine Gefühl des Wohlseins, die allgemeine Verstimmung oder gute Stimmung, das herabgesetzte oder gesteigerte Lebensgefühl, die Euphorie oder Disphorie beim gesunden und kranken Menschen und für die organischen und psychischen Grundlagen dieser Erscheinungen von entscheidender Bedeutung sind.



Die Ergebnisse *Bechers* hinsichtlich der Sensibilität der Speiseröhre, wonach diese durch Druck, Wärme und Elektrizität reizbar ist, bestätigt *M.* im wesentlichen, doch bestreitet er die Behauptung *B.*s, daß dem Magen keine Sensibilität zugeschrieben werden dürfe. Bei Versuchen, die *M.* selbst in dieser Hinsicht anstellte, indem er Eisstückchen und scharfe Gewürze in Gelatinekapseln schlucken ließ, dann mit der Uhr in der Hand kontrollierte, wann die ersten Empfindungen auftraten, und die Lokalisation mit dem Finger verfolgen ließ, konnte er eigenartige Empfindungen des Magens feststellen. Ebenso wurden bei Magenverstimmungen Besonderheiten der Empfindung auf solche Reize konstatiert. *M.* hält es für falsch, die Empfindungen der Sättigung, der Fülle, der Verdauung auf Reizungen der äußeren Bauchdecke zu beziehen, wie *B.* das tut, und weist besonders auf die Bedeutung der glatten Muskulatur des Magendarmkanals für die Entstehung von Empfindungen hin. In ähnlicher Weise äußert er sich auf Grund eigener Beobachtungen über die Herztätigkeit. Er bespricht endlich einen Fall von *d'Allonnes* (mit Verlust der Empfindungen der inneren Organe und Gefühlsstörungen) und berichtet zum Schluß über die Beobachtungen von Chirurgen und Physiologen, welche unter geeigneten Bedingungen eine Sensibilität des Magendarmtraktus nachweisen konnten.

*Becher* (5) nimmt in seinen Ausführungen zu der Kritik Stellung, die *Meumann* an seiner ersten Abhandlung geübt hat. Auf Grund der Kenntnis neuer Publikationen über diesen Gegenstand (insbesondere der Untersuchungen von *Hertz*, *Cook* und *Schlesinger*, Journ. of Physiol. Bd. 37) sowie eigener neuer Experimente hat sich seine Ansicht wesentlich geändert. Er gibt jetzt zu, daß eine direkte Sensibilität des Magens nicht zu leugnen sei und daß, wie ihn spezielle Versuche lehrten, auch der untere Teil des Darmkanals, insbesondere das Rektum, für elektrische, Druck- und Temperaturreize empfindlich ist. Die Annahme einer weitgehenden inneren Sensibilität hat nach *B.*s jetziger Meinung entscheidende Stützen erhalten

*Meumann* (67) geht nochmals auf die Frage ein, indem er sich auf eine Arbeit von *Ritter* bezieht, dessen Beobachtungen beweisen, daß alle Organe der Bauchhöhle sicher eine deutliche Sensibilität besitzen.

*Truschel* (105) gibt einen Überblick über die heute bestehenden Ansichten über den „sechsten Sinn der Blinden“ und nimmt auf Grund neuer eigener Versuche zu ihnen Stellung. Es handelt sich bei dem Problem dieses Sinnes darum, die Tatsache zu erklären, daß viele Blinde die Fähigkeit besitzen, ruhende, geruchlose Objekte, die sich in ihrer Nähe befinden, wahrzunehmen. Dieser „Fernsinn“ der Blinden ist nach den Anschauungen *Tr.*s zur Hauptsache eine Funktion des Gehörssinnes (unter Einschluß der Funktionen des Vestibularapparates). Er erfährt zuweilen eine kleine Unterstützung durch die Mitwirkung des Temperatur- und des Drucksinnes. Gegenüber andern Anschauungen hält Verf. daran fest, daß die wesentlichste Komponente des Fernsinnes die Funkton des Gehörapparates ist. Er bezeichnet diesen Sinn als „X-Sinn“ und nimmt also an, daß dessen Wahrnehmungen durch die Reizung des Gehörorgans durch reflektierte Schallwellen bedingt sind. Diese Wahrnehmungen sind nach Intensität und Dauer von zufälligen Temperatur- und Druckreizen im wesentlichen unabhängig. Nach *Tr.* gibt es zwei Gattungen von „X-Reizen“. Die eine besteht in Veränderungen akusti-



scher Natur, nicht sowohl in direkten Beeinflussungen des Hörens als vielmehr in solchen indirekter Art, wie sie Gegenstände, die nicht selbst Schall erzeugen und nicht als Resonator zu wirken vermögen, bedingen, nämlich durch Reflexion oder Interferenzerscheinungen.

Die zweite Gattung von X-Reizen sind wohl nicht Schallqualitäten, sondern Beeinflussungen des Vestibularapparates und Tonuslabyrinths und in enge Beziehung zum statischen Sinn zu setzen.

All diese Anschauungen sucht *Tr.* durch Erfahrungen und Experimente zu stützen.

Auf nicht ganz gewöhnliche Weise, nämlich mit Hilfe der Hypnose, hat *Levy-Suhl* (59) ein sinnespsychologisches Problem zu behandeln gesucht. Der Plan seiner Experimente war, die hypnotische Beeinflussung als Hilfsmittel zur Entscheidung gewisser sinnesphysiologischer Streitfragen zu benutzen. *Helmholtz* sah als wesentlichsten Grund des Simultankontrastes psychische Gründe (Urteils- und Erinnerungstäuschungen) an, während andere, z. B. Hering, rein physiologische Momente als maßgebend erklärten. Verf. suchte nun zur Klärung dieser Kontroverse folgende Versuchsanordnung zu benutzen: Es sollten erstens durch posthypnotische Suggestionen im Individuum diejenigen psychischen Momente experimentell erzeugt werden, welche nach der Anschauung von *Helmholtz* für das Auftreten von bestimmten Kontrasterscheinungen verantwortlich sind; zweitens sollte umgekehrt durch sogenannte negative Halluzinationen die psychische Wirksamkeit dieser Momente ausgeschaltet werden, während die dazugehörigen sogenannten physiologischen Einwirkungen auf den Sehapparat vorhanden waren. Die Resultate der Versuche (sowohl hinsichtlich des Schattenkontrastes wie des Rand- und Florkontrastes) sprachen nach Ansicht *L.*s gegen die Anschauungen, die *Helmholtz* geäußert hat. Eine durch Suggestion hervorgerufene Färbung des Grundes rief nicht in derselben Weise Kontrastphänomene hervor, wie sie eine wirkliche Färbung hätte erzeugen müssen, und umgekehrt blieb beim Wegsuggerieren einer Farbe das Kontrastphänomen so, wie wenn die Wahrnehmung nicht durch Suggestion beeinflußt worden wäre. Die Kontrastphänomene sind durch die Vorstellung, welche sich das Individuum von der Farbe des induzierenden Feldes gebildet hat, nicht zu beeinflussen. Die Farbe des Schattens wird vielmehr bestimmt, wie auch immer das Urteil über die induzierende Farbe bei der Versuchsperson sei, durch die Qualität der Strahlung, welche auf den Sehapparat realiter einwirkt. Es hat sich somit nach *L.* an keiner Stelle ein Einfluß jener psychischen Faktoren gezeigt, welche zur Begründung der *Helmholtz*schen Theorie des Simultankontrastes angeführt werden; alle Erscheinungen sprechen vielmehr für das Wirken einer durch Vorstellungen und Urteile im Sinne von *Helmholtz* nicht zu beeinflussenden physiologischen Gesetzmäßigkeit.

Auf dem Gebiete der Erforschung der Vorstellungsverknüpfungen hat die wichtige Arbeit *Wreschner*s (123) eine große Anzahl neuer, wissenswerter Daten zutage gefördert. Ein Eingehen auf das Werk ist im Rahmen dieses Berichtes nicht möglich.

*Reinhold* (82) hat eine Reihe von Problemen mit Hülfe von Massenassoziationsversuchen zu lösen gesucht. In früheren Arbeiten war gezeigt



worden, daß die Reaktionswörter der Kinder einen höheren Differenzierungsgrad besitzen als die der Erwachsenen, d. h. daß die der Erwachsenen weniger auseinandergehen bzw. eine größere Übereinstimmung mit dem allen Versuchspersonen geläufigsten Reaktionswort aufweisen. Es liegt deshalb nahe, anzunehmen, daß die Übereinstimmung der Reproduktionen mit dem Alter der Versuchspersonen allmählich steigt. Nach den Versuchen des Verf. bewahrheitet sich diese Erwartung nur im großen und ganzen. Die Prozentzahlen, welche das Verhalten der bevorzugtesten Reaktionen zu allen Reaktionen der untersuchten Kinder (Klassen einer Schule) ausdrücken, sind in der obersten Klasse größer als in der untersten, auch in den fünf obersten zusammen größer als in den fünf untersten zusammen. Aber das Abnehmen der Prozentzahlen nach unten hin ist sehr ungleichmäßig. Der Grad der Übereinstimmung der Reaktionswörter untereinander ist nicht nur vom Alter, sondern offenbar auch von andern Einflüssen abhängig, die nur durch eine große Zahl von Experimenten eliminiert werden können.

Wie schon *Thumb*, *Marbe* und *Saling* konnte auch *R.* feststellen, daß, wenn man einer Anzahl von Personen dasselbe Reizwort zuruft, unter den Reaktionsworten eines das bevorzugteste ist. Seine Versuche legten die Vermutung sehr nahe, daß alle Reizwörter überhaupt bevorzugteste Reaktionswörter haben. Um diese Tatsache zu demonstrieren und für weitere Versuche verwertbar zu machen, stellt *R.* sein Material (wie vorher schon *Saling*) als einen Beitrag zu einem Assoziationslexikon zusammen. Hinsichtlich der Beziehungen zwischen Reiz und bevorzugtestem Reaktionswort stellt *R.* fest, daß die bevorzugtesten Reaktionswörter am häufigsten beigeordnete, seltener übergeordnete und noch seltener untergeordnete Begriffe bezeichnen, und daß die stärkste Reproduktionstendenz häufiger vom Ganzen zum Teil als vom Teil zum Ganzen geht, daß es daneben aber eine Anzahl von bevorzugtesten Reaktionswörtern gibt, bei denen keine von diesen logischen Beziehungen vorhanden ist.

Verf. hat ferner untersucht, inwieweit zwischen Reizwörtern und ihren bevorzugtesten Reaktionen ein Verhältnis der Umkehrbarkeit besteht, so daß, wenn man das Reaktionswort als Reizwort anwendet, besonders häufig mit dem ehemaligen Reizwort geantwortet wird. Seine Tabellen lehren, daß, wenn eine Assoziation in einer bestimmten Anzahl von Fällen vorkommt, die umgekehrte nicht in gleich vielen Fällen vorkommen muß, ferner daß zwar für die meisten Worte gegenseitige Reaktionen vorzukommen scheinen, daß dies jedoch nicht unter allen Umständen der Fall sein muß.

Verf. vergleicht dann noch die von ihm gefundenen Beziehungen zwischen Reizwort und bevorzugtestem Reaktionswort mit den auf andere Weise erhaltenen Ergebnissen von Assoziationsversuchen. Wenn z. B. *Watt* fand, daß in Reaktionsversuchen mit Aufgabestellung die Assoziationszeit für das Finden eines beigeordneten Begriffes kleiner war als für das Finden eines übergeordneten oder untergeordneten, so entspricht das den Ergebnissen *R.*s, daß die häufigste Beziehung zwischen Reizwort und bevorzugtestem Reaktionswort die Beiordnung ist. Denn bekanntlich ist die Reaktionszeit um so geringer, je größer die Häufigkeit der betreffenden Reaktion ist.



Zum Schluß endlich behandelt *R.* die Verwertbarkeit der Häufigkeitszahlen und Klangassoziationen für die Feststellung individueller Differenzen. Als „Häufigkeitswert" bezeichnet er die Zahl, welche angibt, wie oft eine Versuchsperson mit den bevorzugtesten Reaktionswörtern geantwortet hat. Es liegt nun die Vermutung nahe, daß in der Verschiedenheit der Häufigkeitswerte sich ein Unterschied der Begabung ausdrücke. Man hat immer den Reichtum an Vorstellungen oder die Abweichungen der Reproduktionen eines Individuums von dem Durchschnitt der Reproduktionen gleicher Alters- oder Milieuklassen als ein Maß der Intelligenz angesehen. Jedoch zeigten die von *R.* an Schulkindern ausgeführten Experimente, daß zwischen Häufigkeitswert und Leistungen weder ein gerades noch ein umgekehrtes Verhältnis besteht. Singuläre Reproduktionen können zwar, müssen jedoch nicht einen Aufwand an geistigen Fähigkeiten verraten. Auch die Klangassoziationen, die für ein Zeichen mangelnder Begabung gehalten wurden, sind dies keineswegs in eindeutiger Weise.

Die Arbeit ist wichtig durch den Nachweis der Bedeutung, welche dem Reizwort als sprachlichem und logischem Wert für den Ausfall des Reaktionsexperimentes zukommt. Diese Erfahrungen werden in allen Versuchen zu berücksichtigen sein, welche individuelle oder pathologische Gesetzmäßigkeiten zu erforschen suchen.

*Stein* (95) untersuchte acht geisteskranke und zehn geistesgesunde Verbrecher bzw. Angeklagte (sowohl geständige als auch leugnende) mit Hilfe des Assoziationsexperimentes zum Zwecke der Diagnose des Tatbestandes. Das Versuchsverfahren war das von *Jung* empfohlene. Von den von *Jung* angegebenen Komplexmerkmalen erwiesen sich der Inhalt der Assoziationen wie die Verlängerung der Reaktionszeit als sehr brauchbare diagnostische Merkmale, während das Reproduktionsverfahren sich in den vorliegenden Fällen nicht als taugliches Komplexzeichen erwies. Im ganzen zeigten die Resultate, daß „der Tatbestandskomplex so stark ist, daß er sich auch statistisch von den übrigen Reaktionen abhebt; in vielen Fällen so intensiv, daß aus gewissen Details sogar Schuld und Unschuld erkannt werden können". *Stein* empfiehlt Vornahme des tatbestandsdiagnostischen Assoziationsexperiments als Einleitung des ersten Verhörs und verspricht sich hiervon bei Einhaltung genügender Vorsichtsmaßregeln unter Umständen Fingerzeige für das weitere gerichtliche Verfahren. Auf die instruktiven Einzelheiten der Arbeit kann nicht eingegangen werden.

Die Arbeit *Kullmanns* (52) behandelt das Problem des Zusammenhangs der durchschnittlichen Wortgröße mit psychologischen und sprachlichen Faktoren. Schon früher hat *Marbe* Untersuchungen nach dieser Richtung gemacht („Über den Rhythmus der Prosa"). Er nannte die Zahl der zwischen den betonten Silben liegenden unbetonten den „z-Wert", das arithmetische Mittel aus den z-Werten bezeichnete er als m, die mittlere Variation dieser als v. Er konnte nun feststellen, daß in einem Prosastück Goethes („Rochusfest") m und v kleiner waren als in einem Prosastück Heines („Harzreise"). Die m-Werte waren überhaupt am häufigsten = 2, sie waren um so seltener, als sie größer waren als 2. Nach *Marbe* stellte *Unser* (Diss. Freiburg 1906) eine Abhängigkeit des Prosarhythmus von der Textgattung fest. Das Mittel der z-Werte war in einem Gespräch am



kleinsten, größer in einem zwanglos geschriebenen Briefe, noch größer in einem „stilisierten" Briefe, am größten in erzählender Prosa.

*A. Lipsky* endlich (Arch. of Psychol. 1907) konstatierte bei englischen Autoren, daß ein Zusammenhang besteht zwischen der Größe der m-Werte und der mittleren Größe der Silbenzahl der Wörter. Im allgemeinen geht größeren m-Werten eine größere mittlere Silbenzahl, kleineren m-Werten eine kleinere Silbenzahl parallel. Nach analogen Grundsätzen und Gesichtspunkten untersuchte *K.* eine Anzahl verschiedenartiger Texte. Ähnlich wie *Unser* fand er, daß m im stilisierten Briefe größer ist als im natürlichen; zugleich aber konnte er eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der Größe der z-Werte und der Silbenzahl feststellen. Je größer das Mittel der z-Werte ist, desto kleiner ist die Zahl der Einsilber und desto größer ist die mittlere Silbenzahl eines Wortes.

Gegenüber einer Behauptung *Unsers* konstatiert *K.*, daß die Gleichförmigkeit des Prosarhythmus, die in den mittleren Variationen der m-Werte und der Silbenzahlen zutage tritt, nicht auf einer sprachlichen oder stilistischen, sondern auf einer mathematischen Gesetzmäßigkeit beruhe.

Das Drama hat mehr Einsilber als der Brief, dieser mehr als die Erzählung und diese mehr als die Abhandlung. Der natürliche Brief steht in seiner Einsilberzahl dem Drama näher, der stilisierte Brief der Erzählung. Die mittlere Silbenzahl ist im Drama am kleinsten, größer im natürlichen Briefe, noch größer im stilisierten Briefe und in der Erzählung und am größten in der Abhandlung. Das Gespräch hat eine größere Zahl von Einsilbern und eine kleinere mittlere Silbenzahl als andere Darstellungsformen. Gefühlsbetonte Texte haben mehr Einsilber als indifferente. Die mittlere Silbenzahl eines Wortes ist in gefühlsbetonten Texten kleiner als in indifferenten Texten.

Die geistvollen Ausführungen *Picks* (77) zu dem wichtigen Thema pathologischer Gedächtnistäuschungen knüpfen an den sensationellen Fall eines Journalisten an, dem nachgewiesen wurde, daß er in seinen Besprechungen die Ausführungen eines andern Kritikers fast wörtlich wiedergegeben hatte und der diese Tatsache auf krankhafte Störungen des Gedächtnisses zurückgeführt hatte. *P.* gibt eine Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur, besonders der englischen, bei welchen unlautere Absichten auszuschließen waren. Unter diesen Beispielen finden sich solche, welche dem Falle des Journalisten durchaus entsprechen, bei denen also umfängliche fremde Ausführungen für eigene gehalten wurden, wie auch solche, bei denen Schriftsteller eigene frühere Erzeugnisse vergessen hatten und dann als neu, jedoch völlig in der alten Form wieder konzipierten. Auch hinsichtlich anderer Objekte als literarischer sind dem pathologischen Plagiat ähnliche Verwechslungen bekannt geworden. Verwandt mit diesen Erscheinungen ist auch ein Phänomen, das *P.* als Transitivismus bezeichnet und für welches er ein berühmtes Beispiel anführt. Moritz Busch berichtet nämlich von Bismarck, daß dieser als junger Mann bei einem in Begleitung eines Reitknechts unternommenen Ritt stürzte und eine Gehirnerschütterung erlitt. Nachdem er wieder zu sich gekommen war, ritt er nach Hause, erzählte, der Reitknecht sei mit dem Pferde gestürzt, und beorderte eine Bahre, den Gestürzten zu holen. In all diesen Fällen haben wir Erinnerungen unter Verlust oder Verschiebung der „Ich-Note", der



„Bekanntheitsqualität", des Charakters des Erinnerten vor uns. *P.* betont die Beziehungen des pathologischen Plagiats zu bereits bekannten Störungen des Gedächtnisses. Er erwähnt die „Kryptomnesie" (*Flournoy*, *Jung*), mit welchem Namen die Erscheinung bezeichnet wird, daß gewisse Erinnerungen wiederkehren, ohne als solche zunächst erkannt zu werden; auch die Pseudologia phantastica gehört hierher.

Für das psychologische Verständnis der Erscheinung zieht *P.* mannigfache Momente heran. Intellektuelle Faktoren, welche das Gedächtnisbild als solches erweisen, ferner solche, welche als „Lokalisation in Zeit und Raum" bezeichnet werden, jener „Hof von sekundären Elementen, die das Erinnerte als solches kennzeichnen und bei deren Fortfall die Illusion des Neuen erzeugt werden kann". *P.* weist weiterhin auf die besondere Note, welche die Phantasietätigkeit erhält durch die Leichtigkeit der Produktion. „Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß das Fortbleiben des Mühecharakters, an dessen Stelle die Illusion der Leichtigkeit tritt, bei der Charakteristik des pathologischen Plagiats eine Rolle spielen möchte. Überhaupt werden Gefühlsfaktoren auch sonst für das Zustandekommen des pathologischen Plagiats in Rechnung zu ziehen sein. Das möchte gelten für das die eigene Leistung begleitende Leistungsgefühl, das Aktivitätsgefühl beim Denken und dessen illusorische Reproduktion, die, zu dem kryptomnestisch produzierten hinzutretend, diesem den Charakter der Eigenproduktion verleihen könnte; das Zustandekommen einer solchen Illusion aus irgendwelcher pathologischen Grundlage wäre unschwer zu verstehen." Endlich ist in Betracht zu ziehen das Gefühl von Wärme und Intimität, die *James* jenen Erfahrungen zuspricht, welche der Denker zu seinem Eigenbesitz gemacht hat.

Zum Schluß weist *P.* auf die Verwandtschaft der besprochenen Erscheinung mit der Erinnerungstäuschung des déjà vue (fausse reconnaissance) und den Beziehungen zur Depersonalisation hin.

*Wells* (115) bespricht Resultate, welche er mit der von ihm besonders ausgebildeten Methode des fortlaufenden Klopfens („tapping-test") hinsichtlich psychologischer Unterschiede der Geschlechter gefunden hat. Es handelt sich bei dem Verfahren von *Wells* um eine neue Arbeitsmethode, bei welcher die Arbeitsleistung in schnellem, fortlaufendem Klopfen mit dem Finger auf einen elektrischen Schlüssel besteht und das Maß für die geleistete Arbeit die Zahl der in der Zeiteinheit geleisteten „Taps" bildet. *W.* faßt die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, welche einen Abschnitt aus der Reihe seiner mit dem Klopfverfahren angestellten Versuche bildet, dahin zusammen, daß bei einer Betrachtung des Gesamtbetrages der geleisteten Arbeit bzw. des während dieser hervortretenden Leistungsverlustes durch Ermüdung unmittelbar durch das Geschlecht bedingte Unterschiede nicht zutage traten. Dagegen waren bei genauerer Prüfung der Ergebnisse solche Differenzen festzustellen: es treten bei den Frauen stärkere „Antriebs"wirkungen hervor als bei den Männern. Die Angaben, welche die Frauen über subjektive Ermüdungserscheinungen machten, stimmten besser mit den objektiven Resultaten überein, als es bei den Männern der Fall war. Die Frauen werden also wahrscheinlich mehr durch die „Ermüdungsempfindungen" beeinflußt als die Männer. Die rechte

und die linke Hand unterscheiden sich bei den Frauen mehr voneinander; im Beginn der Arbeit (den ersten 5 Sekunden) zeigen die Frauen beträchtlich weniger, im Gesamtverlauf der Arbeit (30 Sekunden) um ein geringes weniger Schwankungen der Arbeitsleistung (gemessen an den mittleren Variationen der einzelnen Zeitabschnitte) als die Männer. Bei einer Arbeitszeit von 30 Sekunden Dauer zeigt die Form der Arbeitskurve weniger Variabilität bei den Frauen als bei den Männern, jedoch zeigen die Frauen eine Tendenz zu relativem Anwachsen der Variabilität unter Einwirkung der Ermüdung. Die den Frauen eigentümlichen individuellen Differenzen zeigten sich im Experiment hauptsächlich da, wo affektive Faktoren eine Rolle spielten. Diese Unterschiede sind also weniger solche des Geschlechts als des Temperaments.

*Batty* (4) hat gleichfalls den Klopfversuch zur Erforschung des Verlaufs fortgesetzter Arbeit benutzt. Nach ihren Versuchen ist bei einer Arbeitsreihe, welche in fünf 5 Sekunden lang dauernden Klopfleistungen besteht, wobei die einzelnen Leistungen durch verschiedene Pausen getrennt sind (5, 10, 20 Sekunden Pause) für die einzelne Arbeitsreihe die 20 Sekunden dauernde Pause die günstigste; für den täglichen Übungsgewinn ist jedoch die 5 Sekunden-Pause die geeignetste. Im allgemeinen wird um so mehr an Übung gewonnen, je mehr gegen Ermüdung gearbeitet wird. Weitere Versuche mit einheitlicher Pause und länger dauernden Arbeitsleistungen an zahlreichen Personen sind nötig, bevor das Verfahren zur Vergleichung verschiedener Klassen von Personen wird benutzt werden können.

*Sidis* und *Kalmus* (93) untersuchten die Beziehungen von Gemütsbewegungen und physiologischen Vorgängen zu den Ablenkungen, welche ein Galvanometer erfährt, welches mit dem menschlichen Körper verbunden wird (*Tarchanoff*, *Sticker*, *Sommer*, *Veraguth*, *Jung*). Sie schalteten den menschlichen Körper und das Galvanometer in den Kreis einer Batterie ein; die Elektroden bildeten große Gefäße, welche mit konzentrierter Kochsalzlösung gefüllt waren und in welchen die Hände oder Füße auf Kupferelektroden auflagen. Die Handgelenke waren in größerer Ausdehnung mit Schellack fixiert, so daß der Wasserspiegel immer mit Schellack in Berührung war. Merkliche Muskelkontraktionen der Phalangen sollten durch angelegte Schienen verhindert werden.

Auf psychische Reize traten Galvanometerausschläge ein, und zwar wurden solche durch schmerzhafte oder unangenehme Reize oder durch plötzliche Gemütserschütterungen bewirkt. Bloß intellektuelle Prozesse verursachten keine Ablenkung. Rein physikalische Ursachen sind nach den Ausführungen der Autoren nicht in Rechnung zu setzen. *S.* und *K.* sehen das Wesen der Vorgänge vielmehr in physiologischen Prozessen, welche die Änderung der seelischen Zustände begleiten.

Hinsichtlich der Art dieser Prozesse glauben die Autoren bloße Widerstandsänderungen der Haut, Temperaturdifferenzen, Wechsel in der Blutfülle durch besondere Experimente (Nadelelektroden, Esmarchsche Binde) ausgeschlossen zu haben und beziehen darum die Galvanometerausschläge auf Änderungen der elektromotorischen Kraft des Körpers. Die Ergebnisse der Arbeit erscheinen durch unzulängliche Methodik beeinträchtigt.





Als „halbspontane Erscheinungen“ bezeichnet *Alrutz* Funktionsveränderungen in der Hypnose, die in keiner Weise als suggeriert angesehen werden können. Diese Phänomene begleiten vielmehr gewisse auf suggestivem oder anderem (Reflex) Wege erhaltene Funktionsveränderungen, sind mit diesen gesetzmäßig verknüpft. Beobachtungen an drei Fällen sollen diese Ansicht erweisen. In dem ersten bewirkte bei einer Hysterica die suggestive Aufhebung einer Anästhesie zugleich auch die Rückkehr normaler Reflexe auf der Seite, auf welcher sie gewöhnlich stark gesteigert waren. Zu einer andern Zeit, wo die Versuchsperson auf beiden Seiten hyperalgetisch war, riefen Muskelkontraktionen, die in der Hypnose mittels mechanischer Reizung bewirkt worden waren, Analgesie und Anästhesien in den Hautbezirken hervor, die über den betreffenden Muskeln lagen. Ferner ging eine während der Hypnose spontan auftretende linksseitige Analgesie und Anästhesie in Hyperalgesie und Hyperästhesie über, als Analgesie und Anästhesie in der andern von Kontrakturen betroffenen Körperhälfte auftraten. Bei einer zweiten hysterischen Person mit herabgesetztem Schmerz-, Druck-, Temperatur- und Gehörsinn und fehlenden Geschmacks- und Geruchsempfindungen wurde durch suggestive Herstellung eines einzigen Sinnes (des Schmerzsinnes) zugleich indirekt bewirkt, daß Druck-, Temperatur-, Kitzel-, Geruchs-, Geschmacks- und Gehörsempfindungen derselben Seite gebessert wurden. Bei einem dritten Falle (gleichfalls einem Hysteriker) bewirkten Suggestionen, die einen Körperteil unbeweglich und steif machten, zugleich indirekt die Herabsetzung der Hautsinne der ganzen betreffenden Körperhälfte und des Geruchs- und Gesichtssinnes derselben Seite. Direkte Suggestionen nach der Richtung der „halbspontanen“ Erscheinungen glaubt Verf. ausgeschlossen zu haben. Er bezieht vielmehr die Phänomene auf physiologische Gründe der Erregbarkeit der primären Rindenzentren und der zwischen diesen bestehenden Assoziationen.

*v. Monakow* (70) gibt einen zusammenfassenden Überblick über seine Lehre von der Diaschisis und deren Bedeutung für wichtige Fragen der Hirnpathologie. Die Lehre von der Lokalisation im Großhirn erfährt gegen früher folgende Verschiebungen. „Die im Anschluß an eine zerebrale Läsion auftretenden örtlichen Ausfallserscheinungen sind nicht einzig als Folgen der anatomischen Zerstörung der Nervenelemente oder der diese begleitenden pathologischen Vorgänge in bestimmten Rindenteilen (Zentren) zu betrachten, sondern außerdem noch als Folgezustände konkomittierender dynamischer Nebenwirkungen, welche ihren Ausgangspunkt namentlich von solchen, eventuell vom Herde weit entlegenen, kortikalen und subkortikalen grauen Gebieten nehmen, die mit der Läsionsstelle durch Faserleitungen verbunden sind und die sich in elektiver Weise auf Nachbargebiete der unterbrochenen Neurone ausdehnen. In letzteren ist die Unterbrechung als eine im Prinzip temporäre und so aufzufassen, daß ganze wohlgegliederte Schaltzellenverbände aus der Funktion ausscheiden und auf extrafokale (aus Regionen außerhalb des Herdes stammende) Rindenreize nicht mehr ansprechen, was zu einer fortgesetzten Diaschisis führen kann.“

Lokalisiert werden dürfen in der Rinde nur elementare Komponenten einer Funktion (nicht fertige Funktionen), und nur solche, „die



der räumlichen Orientierung und der mit dieser aufs engste verknüpften Beantwortung der Erregungsimpulse dienen (dem Reiz angepaßte verwickelte Antwortbewegungen)". „Alle andern Vorrichtungen, die von den Sinnesfeldern ausgehen, wie z. B. feinere Differenzierung der Reizqualitäten, mnestische Komponenten, Gefühle, überhaupt psychische Faktoren, bei denen zeitliche Momente die wichtigste Rolle spielen, dies alles .... darf in die Rinde inselförmig nicht lokalisiert werden."

---

## 2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref. Karl Wendenburg-Osnabrück.

### I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Becker*, Die Reichsgerichtsentscheidungen in Strafsachen auf forensisch-psychiatrischem Gebiet (bis 1906). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 886. Sitzungs-Ber.
2. *Bleuler*, *E.*, Zurechnungsfähigkeit und Krankheit. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. N. F. Bd. 20. (S. 22*.)
3. *Claus*, La Responsabilité humaine devant l'expertise médicale. Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique Nr. 145. (S. 22*.)
4. *Cramer*, *A.*, Pubertät und Gesetzgebung. Ztschr. f. Erforsch. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 3, S. 97. (S. 28*.)
5. *Eichestadt*, *K.*, Zur Frage der Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken. Inaug.-Diss. Rostock.
6. *Ermisch*, *Hubert*, Über Simulation von Simulation bei Geisteskranken. Inaug.-Diss. Greifswald.
7. *Fischer*, *Jakob*, Über Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. Psych.-neurol. Wschr XI, Nr. 22. (S. 21*.)
8. *Fischer*, *L.*, Die Tätigkeit des Jugendgerichts vor, in und nach der Hauptverhandlung. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. H. 6, S. 321. (S. 21*.)
9. *Francotte*, *Xavier*, De la responsabilité pénale en particulier de la responsabilité atténuée et des mesures à appliquer aux delinquants demi-fons. Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique Nr. 144. (S. 22*.)
10. *Gottschalk*, *R.*, Gerichtliche Medizin. 435 S. kl. 8°. 3. Aufl. Leipzig, Georg Thieme. (S. 21*.)

11. *Del Greco*, *Fr.*, Il concetto psicologico-sociale di responsabilità. Riv. di Psicol. applic. V, Nr. 3.

12. *Hitchkock*, *Ch. W.*, Mental responsability. Vortrag gehalten in Louisville, Ky. (S. 22*.)

13. *Hoche*, *A.*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin, Aug. Hirschwald. XIV u. 787 S. (S. 20*.)

14. *Kiene*, *J. v.*, Alkohol und Zurechnungsfähigkeit in Straf- und Zivilrecht. 63 S. 1,50 M. Stuttgart, J. Hess.

15. *Kollmann*, *Horst*, Zur Bedeutung der Frage nach der Willensfreiheit für den Streit der Strafrechtstheorien. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 8, S. 449.

16. *Kreuser*, Recht und Pflicht der Prozeßparteien zur Anwesenheit in der Verhandlung bei Beweiserhebung über ihren Geisteszustand. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3, S. 611, Sitzungs-Ber.

17. *Legrain*, L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. Paris 1909. (S. 22*.)

18. *Legrain*, De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. Annal. med.-psychol., Juli-Aug. (S. 22*.)

19. *Leppmann*, *F.*, Der Gefängnisarzt. Berlin, E. Schötz. 210 S. 5,60 M. (S. 22*.)

20. *Lieske*, *Hans*, Krankhafte Störung der Geistestätigkeit, Geisteskrankheit, Geistesschwäche in ihren Beziehungen zum bürgerlichen Recht. Berl. klin. Wschr. Nr. 37.

21. *Raymond*, *M. F.*, et *Serieux*, *P.* La responsabilité et la condition des épileptiques. Epilepsia I, fasc. 1, S. 1.

22. *Rixen*, *P.*, Ein gefälschtes psychiatrisches Gutachten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 10.

23. *Rümelin*, *Max*, Das Verschulden in Straf- und Zivilrecht. Tübingen, C. B. Mohr. 53 S. 1,40 M. (S. 22*.)

24. *Rumpf*, *Th.*, Über ärztliche Zeugnisse und Gutachten. Med. Klin. 7. Beiheft. (S. 21*.)

25. *Schaefer*, *H.*, Allgemeine gerichtliche Psychiatrie. Berlin, Ernst Hofmann & Co. Kl. 8⁰. 256 S. (S. 20*.)

26. *Seiffer*, *W.*, Über Zurechnungsfähigkeit, Willensfreiheit, Verantwortlichkeit. Med. Klin. Nr. 10, S. 369.

27. *Siemerling*, *E.*, Geisteskrankheit und Verbrechen. Berlin, Aug. Hirschwald. 26 S. (S. 20*.)





28. *Stein, Ph.*, Tatbestandsdiagnostische Versuche bei Untersuchungsgefangenen. Ztschr. f. Psychol.

29. *Stransky, Erwin*, Psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschworenengericht. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 4/5, S. 276. (S. 21*.)

30. *Tirelli, Vitige*, Gli infermieri dei Manicomi debbano essere compresi nel novero degli „operai" per i quali e obbligatoria l'assicurazione contro gli infortunati del lavoro. Annal. di Freniatria e Scienz affini vol. XIX.

31. *Voss, G.*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. 8. Jahrg., 1908. Halle, Marhold. (S. 20*.)

Zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen bestehen enge Beziehungen, denn Vernachlässigung und Verwahrlosung im Verein mit Erblichkeit und äußeren Schädlichkeiten zeitigen die weitgehendste Entwicklung der den Verbrechern anhaftenden geistigen Mängel. *Siemerling* (27). Dementsprechend sind von den Verbrechern 4% geisteskrank, von der übrigen Bevölkerung nur 4‰. Es ist nun mit Freuden zu begrüßen, daß die Gerichte diesen Tatsachen immer mehr Beachtung schenken und die Zahl der auf Grund von § 81 Beobachteten von Jahr zu Jahr steigt. Unter ihnen befindet sich auch ein erheblicher Prozentsatz von Militärpersonen. *S.* geht dann auf die häufigsten Formen der Psychosen bei Verbrechern ein, betont, daß Geisteskrankheit und Simulation sich nicht ausschließen, diese jedoch im ganzen selten, aber gerade bei den Verbrechern oft schwer nachzuweisen ist. Schwierigkeiten macht auch die Feststellung des Krankheitsbildes bei Kriminellen.

Die 8. Folge der von *Ernst Schultze* begonnenen Sammlung wichtiger Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie ist von *G. Voss* (31) zusammengestellt. In sieben Abschnitten finden sich die Entscheidungen zum Strafgesetz, zur Strafprozeß- und Militärstrafprozeßordnung, zum Bürgerlichen Gesetzbuch, der Zivilprozeßordnung, dem Versicherungsrecht und dem Reichshaftpflichtgesetz nach Paragraphen fortlaufend geordnet. Da hier nicht der Platz ist, auf einzelnes einzugehen, mag nur erwähnt sein, daß *Voss* eine Fülle beachtenswerten Materials gesammelt hat.

Zwei Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie sind in diesem Jahre erschienen, die Allgemeine gerichtliche Psychiatrie von *Schaefer* (25) und die zweite Auflage des *Hoche*schen Handbuches. *Schaefer*s Buch wird in Fachkreisen kaum ernst genommen werden; zu bedauern ist, daß die Art und Weise, wie *Schaefer* die gerichtliche Psychiatrie behandelt hat, geeignet ist, die hochwichtige Disziplin in Laienkreisen in Mißkredit zu bringen. Die zweite Auflage der gerichtlichen Psychiatrie von *Hoche* (13) und seinen Mitarbeitern *Aschaffenburg*, *Schultze* und *Wollenberg* ist nur wenig umfangreicher als die erste, vielleicht wäre für den praktischen Gebrauch noch manches entbehrlich gewesen, z. B. die Zusammenstellung der Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit in den Strafgesetzbüchern Europas, die Entstehungsgeschichte mancher Verfahren. Für den wissenschaftlichen Ar-



beiter sind diese Zusammenstellungen andererseits von großem Werte, auch der ausführlichen Zitate und Literaturangaben sei in diesem Sinne hier gedacht. Der zivilrechtliche Teil ist neu bearbeitet, die neuen Entwürfe der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzbuches konnten noch nicht berücksichtigt werden.

*Gottschalks* (10) kleiner Grundriß der gerichtlichen Medizin ist in dritter Auflage erschienen. Er bringt, für Ärzte und Juristen geschrieben, die wichtigsten Kapitel der gerichtlichen Medizin in übersichtlicher Weise. Ein besonderer Abschnitt ist der Sachverständigentätigkeit in der Unfall- und Invalidenversicherung gewidmet, in dem jedoch die so wichtigen Neurosen und die Geisteskrankheiten nicht berücksichtigt sind. Die gesetzlichen Vorschriften sind gut zusammengestellt, das Buch empfiehlt sich auch infolge seines handlichen Formats sehr zum praktischen Gebrauch.

Da die meisten Ärzte auf der Hochschule keine Gelegenheit haben, sich in der Abfassung von Gutachten zu üben, so ist es um so freudiger zu begrüßen, wenn ein Praktiker wie *Rumpf* (24) eine ausführliche Anleitung zur Anfertigung von Attesten gibt. Zwei Punkte sind dabei hauptsächlich zu berücksichtigen, der Kern und die Form des Gutachtens. Der eigentliche Kern verlangt sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte, eine genaue Untersuchung, eine wissenschaftliche, genau motivierte Diagnose und ein ärztliches Urteil über die gestellten Fragen, die Entstehung und Prognose der Krankheit. In der Form vergesse man nicht, daß die Gutachten für Laien geschrieben werden, deshalb wähle man seine Ausdrücke gemeinverständlich, Fremdwörter sind zu verdeutschen. Die Überschrift soll eine genaue Bezeichnung der Person mit Namen, Alter, Geschlecht, Beruf und Wohnort sowie die Angabe der ersuchenden Behörde und den Zweck des Gutachtens enthalten. Subjektive Angaben und objektive Wahrnehmungen sind zu trennen. In den Bemerkungen über Simulation usw. soll man vorsichtig sein. Vor allem sollen Gutachten mit der größten Gewissenhaftigkeit angefertigt werden.

Vor den Geschworenen muß der psychiatrische Sachverständige doppelten Wert auf die äußere Form legen, seine Ausdrücke jederzeit so wählen, daß sie seiner naturwissenschaftlichen Begriffswelt und dem Denken der Laien in gleich präziser Weise entsprechen. Er doziere nicht, sondern passe seine Ausführungen der Denkweise und dem Niveau der Richter, die häufig nicht zu den sogenannten Gebildeten gehören, in gemeinverständlicher Weise an, wenn es notwendig ist, über dies oder jenes Krankheitsbild zu sprechen. Er lehne die Beantwortung der durch das Gesetz vorgeschriebenen Fragen nicht ab, weil sie der naturwissenschaftlichen Ausdrucksweise nicht entsprechen, denn ein solches Verfahren erscheint dem Laienrichter unverständlich. *Stransky* (29).

*J. Fischer* (7) macht auf die Schwierigkeit der Begutachtung der Grenzzustände in foro aufmerksam. Hierher gehören die Fälle beginnender seniler Involution, die Abnahme geistiger Fähigkeiten nach apoplektischen Insulten, die Imbezillität leichteren Grades, die Hysterie und Neurasthenie. Häufig werden über ein und denselben Fall weit auseinandergehende Gutachten abgegeben, und dies schadet dem Ansehen der Psychiatrie mehr als ein non liquet, vor dem man sich deshalb unter Umständen nicht scheuen soll.

Die Forderung nach besserer Ausbildung der Richter in der Psychiatrie wird auch von juristischer Seite vertreten. *L. Fischer* (8), Jugendrichter beim Amts-



gericht Berlin-Mitte, betont die Notwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse und psychiatrischen Verständnisses für die Tätigkeit am Jugendgerichte ganz besonders. Er hebt auch hervor, daß die Heranziehung von geschulten Kinder- und Nervenärzten als Sachverständige durchaus erforderlich ist, denn in der Zeit der relativen Strafmündigkeit sind nach seinen Erfahrungen die Übergänge von geistiger Gesundheit zur Geisteskrankheit ganz besonders fließend, und zwischen den nach § 51 Zurechnungsfähigen und Unzurechnungsfähigen liegt das weite Gebiet der geistig Minderwertigen.

*Bleuler* (2) meint, man könnte in vielen wichtigen Fällen zu keiner klaren Entscheidung kommen, so lange man „das Bestehen einer Krankheit als Kriterium der Zurechnungsfähigkeit" hinstelle, wie es z. B. das Reichsgericht beim moralischen Schwachsinne getan hätte. Statt dessen sollte man den Begriff der geistigen „Norm" einführen. Dann würden alle Schwierigkeiten bei den Debilen, Degenerierten und Schizophrenen fortfallen und der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit etwas Selbstverständliches werden.

Die Arbeiten *Francottes* (9), *Legrains* (17) und *Claus*' (3) beschäftigen sich mit der Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit im französischen Recht; *Hitchkock* (12) behandelt das gleiche Thema mit Beziehung auf die in den Vereinigten Staaten geltenden Gesetze. In 13 Staaten gilt im Strafrecht noch die Theorie des unwiderstehlichen Zwanges, in 16 ist sie abgeschafft.

Das Verschulden im Straf- und Zivilrecht hat *Rümelin* (23) im wesentlichen vom juristischen Standpunkt aus beleuchtet. Das kleine Buch ist durchweg gemeinverständlich geschrieben, so daß es auch dem Nichtjuristen, der sich über diesen Fundamentalbegriff des Rechts orientieren will, zu empfehlen ist. Die neuen Entwürfe für die Strafgesetzgebung sind in ihm schon berücksichtigt.

*F. Leppmanns* (19) Buch, der Gefängnisarzt, füllt eine Lücke in der Literatur aus und wird allen Ärzten, die sich mit dem Gefängniswesen, den Insassen von Zucht- und Arbeitshäusern, Zwangs- und Fürsorgeerziehungsanstalten zu beschäftigen haben, willkommen sein. Alles, was bei der Tätigkeit in solchen Stellungen von den gesetzlichen und administrativen Grundlagen, dem Gesundheitszustande der Häftlinge, der Technik und Taktik des ärztlichen Anstaltsdienstes und der Gutachtertätigkeit an solchen Anstalten wissenswert ist, hat der Verf. in ausführlicher und anschaulicher Weise zusammengestellt.

*Legrain* (18) nimmt Stellung gegen das Urteil eines französischen Gerichtes, das einen Arzt zum Schadenersatz verurteilte, weil er in einem Aufnahmegutachten für eine Irrenanstalt die hereditären Verhältnisse des Kranken der Wirklichkeit entsprechend mitgeteilt hatte. Das Gericht begründete die Schadenersatzpflicht mit dem Hinweis auf das französische Irrengesetz von 1838, das derartige Feststellungen nicht verlange.

## II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg, Gustav*, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Deutsche med. Wschr. Nr. 47—49. (S. 26*.)



2. *Becker, Th.*, Über Simulation von Schwachsinn. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 4, H. 1 u. 2. (S. 29*.)
3. *Büttner, Georg*, Von den geistig Minderwertigen in der Strafrechtspflege. Ztschr. f. Erf. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 3, S. 347. (S. 28*.)
4. *Chapin, I. B.*, The insanity defense for crime. Americ. journ. of insan. vol. 66, no. 1.
5. *Cramer* und *Aschaffenburg*, Wünsche und Vorschläge zur Änderung der Strafprozeßordnung. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 6, S. 360. (S. 25*.)
6. *Cuylits*, La Responsabilité des Hysteriques. Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique no. 146—147.
7. *Falkenberg*, Zur Reform des § 493 StPO. Psych.-neurol. Wschr. XI, Nr. 3. (S 26*.)
8. *Fontane, F.*, Gutachten über den Geisteszustand der G. Friedreichs Bl. H. 1. (S. 30*.)
9. *Gaupp*, Zum § 211 des StGB. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 3, S. 164. (S. 29*.)
10. *Göring, H.*, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch von 1909 und die Wünsche eines Psychiaters. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. Bd. 30, S. 593.
11. *Gräf, Heinrich*, Über die gerichtsärztliche Beurteilung perverser Geschlechtstriebe. H. Gross' Archiv Bd. 34, S. 45. (S. 31*.)
12. *Gudden, Hans*, Diebstähle infolge von Zwangsvorstellungen. Friedreichs Bl. H. 5 u. 6. (S. 30*.)
13. *Hoppe, H.*, Der Alkohol im gegenwärtigen und im zukünftigen Strafrecht. Halle a. S., C. Marhold.
14. *Ilberg, Georg*, Irrenärztliche Wünsche zur neuen Strafprozeßordnung. Grenzboten 68. Jahrg. (S. 28*.)
15. *Klein*, Über die Gefahren der Untersuchungshaft. Ztschr. f. Med.-Beamte H. 6. (S. 29*.)
16. *Köberlin*, Über die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Friedreichs Bl. 4—6. (S. 30*.)
17. *v. Lilienthal*, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 9, S. 529.
18. *Marx, H.*, Über Haftfähigkeit. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3.
19. *Marx, Hugo*, Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Berl. klin. Wschr. Nr. 51. (S. 26*.)



20. *Meyer*, *Ernst*, Zum § 80 des Entwurfs einer Strafprozeßordnung. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. S. 49. (S. 26*.)
21. Nachweisung derjenigen Personen, welche 1906—1908 auf Grund § 81 StrPO. oder § 656 ZPO. auf ihren Geisteszustand beobachtet sind. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 172.
22. *Prosorow*, *L.*, Die Geisteskrankheiten in den Gefängnissen. Medizinskoje Obosrenje S. 754. (S. 29*.)
23. *Richardson*, *W.*, Traumatic amnesia. Americ. journ. of insan. vol. LXV no. 3. (S. 31*.)
24. *Risch*, *B.*, Über die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 5. (S. 28*.)
25. *Rixen*, *P.*, Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigen Bestimmungen des Entwurfs einer Strafprozeßordnung. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 28. (S. 26*.)
26. *Schütte*, Beitrag zur Ätiologie und forensischen Beurteilung des Tropenkollers. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3 u. 4, S. 700. Sitzungsber.
27. *Stranski*, *Erwin*, Zur forensischen Beurteilung von Trunkenheitsdelikten. Wien. klin. Rundschau Nr. 47, S. 768.
28. *Türkel*, *Siegfr.*, Der Fall der Mörderin Berta Kuchta. H. Gross' Archiv Bd. 36, H. 1 u. 2, S. 19. (S. 30*.)
29. *Wagner*, Der Fall Pfarrer X. Anonyme Briefschreiberei. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 43—45.
30. *Wassermeyer*, Streitige geistige Krankheit bei Lues cerebri. Friedreichs Bl. H. IV. (S. 30*.)
31. *Weber*, *L. W.*, Einfache Betrunkenheit oder pathologischer Rausch. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 4, H. 3. (S. 30*.)
32. *Weygandt*, Ein Zusatz zur Strafgesetznovelle. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 415, S. 293. (S. 25*.)
33. *Weygandt*, *W.*, Ärztliche Forderungen zum Entwurf der Strafprozeßordnung und zur Strafgesetzreform. Hamb. Ärzte-Korresp. VI. (S. 26*.)
34. *Weygandt*, *W.*, Ärztliches im Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch. Med. Kl. Nr. 51 u. 52. (S. 27*.)
35. *Weygandt*, *W.*, Ärztliche Forderungen zum Entwurf der Strafprozeßordnung und zur Strafgesetzreform. Hamb. Ärzte-Korresp. (S. 26*.)



36. *Zingerle, H.*, Über periodischen Wandertrieb nach Kopfverletzung. Mtschr. f. Unf.- u. Inv.-Wesen Nr. 8. (S. 29*.)

Die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1909 nahm Stellung zur Strafprozeßordnung und ließ durch *Cramer* und *Aschaffenburg* (5) folgende Wünsche und Vorschläge zu der bevorstehenden Änderung vertreten. I. Allgemeines. 1. Zum besseren und einheitlichen Zusammenwirken von Juristen und Ärzten ist es wünschenswert, daß die zukünftigen Richter und Sachverständigen schon auf der Universität durch obligatorischen und fakultativen Besuch geeigneter Vorlesungen über Psychiatrie, Strafvollzug, Fürsorgeerziehung und Kriminalpsychologie ausgebildet werden. 2. Die von der Verteidigung geladenen Sachverständigen sind ebenso wie die von der Staatsanwaltschaft geladenen zu behandeln. 3. u. 4. Die Einführung der Jugendgerichte sollte obligatorisch gemacht und das ganze Jugendstrafrecht einschließlich Jugendgerichtsorganisation schon jetzt in einer Novelle zum Strafgesetzbuch zusammengefaßt werden. II. Einzelnes. 1. Zusatz zu § 490. Wird der Beschuldigte auf Grund § 51 StGB. außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen, so kann das Gericht den Kläger ganz oder teilweise von der Tragung der Kosten entbinden. 2. Zusatz zu § 71, Abs. 3. „Nach oder an Stelle" der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden. 3. Zu § 157. Es ist wünschenswert, daß der Staatsanwalt möglichst selten vom Einschreiten wegen geistiger Störung des Verdächtigen absieht, und das Gericht sollte nicht gezwungen sein, bei Hervortreten der Erkrankung nach Erhebung der Klage das Verfahren bis auf weiteres einzustellen. 4. Zu 466 § u. 471. Bei Verschiedenheit der Auffassung zwischen Arzt und Strafvollstreckungsbehörde ist ein Obergutachten herbeizuführen. 5. § 242. Bei Verlesung des Protokolls über die Vernehmung eines in Geisteskrankheit Verfallenen ist ein ärztlicher Sachverständiger zuzuziehen. Wichtige Aussagen müßten eventuell wörtlich protokolliert werden. 6. Gibt der Geisteszustand eines Zeugen zu Bedenken Anlaß, so ist ein Sachverständiger zur Beobachtung und Begutachtung zuzuziehen. 7. Zu § 472. Durch Gerichtsbeschluß kann die Verbüßung des Restes einer Freiheitsstrafe bei einem in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt verbrachten Verurteilten in Wegfall kommen, wenn durch die Fortsetzung der Strafvollstreckung eine erhebliche und in absehbarer Zeit nicht zu beseitigende, außerhalb des Strafzweckes liegende Schädigung der Gesundheit herbeigeführt wird. 8. Zu § 58 I. Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch krankhafte geistige Beschaffenheit beeinflußt sind, sind unvereidigt zu vernehmen. Der Grund für die Nichtvereidigung ist nach Anhörung eines Sachverständigen in das Sitzungsprotokoll einzutragen. 9. Im § 80, der von der Beobachtung des Geisteszustandes durch Gerichtsbeschluß handelt, müßte an Stelle von Irrenanstalt „Anstalt" gesetzt werden, die Unterbringung müßte auch schon vor Erhebung der Klage angeordnet werden können und die Beobachtungsdauer über 6 Wochen verlängert werden können, wenn die Erstattung eines Obergutachtens erforderlich ist. Als geeignete Anstalten im Sinne dieser Bestimmungen gelten „alle öffentlichen Anstalten für Geisteskranke". An diesen Wünschen, die auch *Weygandt* (33) durch Beispiele als notwendig hinstellt, ist der Entwurf der Strafprozeßordnung

vorübergegangen, ohne sie im wesentlichen zu beachten, wie aus der vergleichenden Zusammenstellung der wichtigsten Bestimmungen durch *Rixen* (25) zu ersehen ist. *Rixen* beklagt in seiner Kritik namentlich, daß noch immer Geisteskranke als Zeugen vereidigt und vernommen werden sollen, daß die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt zur Beobachtung eingeschränkt und durch Beobachtung in der Häuslichkeit und in Privatanstalten zum Teil ersetzt werden soll. Wie jeder Praktiker zugeben wird, sind dies Surrogate, nur geeignet, der forensischen Psychiatrie ihre ohnehin nicht leichte Aufgabe noch weiter zu erschweren. *E. Meyer* (20) macht auch noch darauf aufmerksam, daß nunmehr aus der Schutzmaßregel für den Angeklagten gewissermaßen eine Zwangsmaßregel geworden ist, und daß sich hieraus als Grundtendenz des § 80 des Entwurfs das Mißtrauen gegen die Irrenanstalten erkennen läßt. Weiter macht *Rixen* der Änderung des § 81 den Vorwurf, daß sie den Bessersituierten eine andere Behandlung gewähre als den Unbemittelten, und aus der Erweiterung des Beschwerderechts gegen § 80 auf zwei Instanzen eine Verschleppungsmöglichkeit resultiere. Bei § 472 (bisher 493) vermißt er die Ausschließung der Strafunterbrechung für den Fall einer Verlegung in eine räumlich getrennte Irrenanstalt. Die Schwierigkeiten, die in Preußen bislang bei der Auslegung des § 493 aus armen- und verwaltungsrechtlichen Gesichtspunkten entstanden, erörtert *Falkenberg* (7). Er tritt, da sie sich sobald nicht beseitigen lassen werden, für weitere Angliederung von Beobachtungsabteilungen an die Strafanstalten, gemilderten Strafvollzug für psychisch Gefährdete und Ausdehnung der bedingten Begnadigung ein.

Der inzwischen erschienene und zur Diskussion gestellte Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch hat naturgemäß auch in psychiatrischen Kreisen vielfache Beachtung erfahren. Wer sich über die Einzelheiten, welche den Psychiater und Gerichtsarzt interessieren, informieren will, lese die Arbeiten von *Aschaffenburg* (1), *Marx* (19) und *Weygandt* (33, 34, 35). Der letzte hat die Entwürfe der Strafprozeßordnung und des Strafgesetzbuches in einer besonderen Arbeit (32) noch auf ihre Beziehungen zur Fürsorge für normale und schwachsinnige Kinder untersucht. Allgemein gebilligt werden von diesen Autoren die Bestimmungen über das Verfahren gegen Jugendliche, die Heraufsetzung der Strafmündigkeit auf das 14. Lebensjahr, die Anerkennung der geminderten Zurechnungsfähigkeit und die zielbewußte Stellungnahme gegen die Verbrechen der Betrunkenen und der Trinker. Für diese kann neben Gefängnis- oder Haftstrafe auch noch auf Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt bis zu zwei Jahren erkannt werden, die geistig Minderwertigen können nach Verbüßung ihrer Strafe in Heil- und Pflegeanstalten interniert werden, wenn ihr Zustand dies erforderlich macht, und bei den Jugendlichen können erzieherische Maßnahmen neben oder an Stelle der Strafe treten. Schließlich sei noch auf die Neufassung des jetzigen § 51 hingewiesen. Der neue § 63 lautet: I. Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war, so daß dadurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde. II. War die freie Willensbestimmung durch einen der vorbezeichneten Zustände zwar nicht ausgeschlossen, jedoch in hohem Grade vermindert, so finden hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) Anwendung. Zustände selbstverschuldeter Trunkenheit sind hiervon ausgenommen. III. Freiheitsstrafen sind an den nach



Abs. II Verurteilten unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Abteilungen oder Anstalten zu vollstrecken. § 65 lautet: Wird jemand auf Grund des § 63 Abs. I freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt und auf Grund des § 63 Abs. II zu einer milderen Strafe verurteilt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung. Im Falle des § 63 Abs. II erfolgt die Unterbringung nach verbüßter Freiheitsstrafe. Auf Grund der gerichtlichen Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie bestimmt auch über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig. Die erforderlichen Ausführungsvorschriften werden vom Bundesrat erlassen. Von den Jugendlichen handeln die §§ 68: Nicht strafbar ist, wer bei Begehung der Tat das 14. Lebensjahr nicht vollendet hat. § 69. Hatte der Täter zur Zeit der Tat das 18. Lebensjahr nicht vollendet, so sind hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) anzuwenden, doch darf auf lebenslängliches Zuchthaus nicht erkannt werden. An Stelle von Zuchthaus tritt Gefängnis, auf Verschärfung, Arbeitshaus usw. ist nicht zu erkennen. Erscheint die Tat hauptsächlich als Folge mangelhafter Erziehung ..., so kann das Gericht neben oder an Stelle der Strafe staatlich überwachte Erziehung anordnen. Die Art und Dauer der Erziehungsmaßregeln bestimmen sich nach den hierfür bestehenden Gesetzen, doch kann das Gericht die Unterbringung in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt vorschreiben. § 70. Die Freiheitsstrafen gegen Jugendliche sind in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken. Dabei sind die voll zurechnungsfähigen von den vermindert zurechnungsfähigen abzusondern. Freiheitsstrafen gegen vermindert zurechnungsfähige Jugendliche können auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten vollzogen werden.

Nach dem § 43 beschließt die Überweisung eines Trinkers in eine Trinkerheilanstalt das Gericht, für die Unterbringung hat die Landespolizeibehörde zu sorgen, bei ihr liegt auch die Entscheidung über die Entlassung im Falle der Heilung. Die zweifellosen Fortschritte, welche in diesen Paragraphen enthalten sind, werden von allen Seiten anerkannt. *Aschaffenburg* macht darauf aufmerksam, daß sich an diese Paragraphen für alle Beteiligten vielfache Probleme für die Zukunft knüpfen, nicht zum wenigsten auch für uns Psychiater, was auch *Weygandt* betont, während *Marx* die vorgesehenen Strafschärfungen (§ 18) beklagt. Der spezielle Teil ist von *Weygandt* (34) unter dem Gesichtspunkte der für den Arzt wichtigen Bestimmungen eingehend behandelt, der an anderer Stelle besonders für die Aufnahme einer Strafbestimmung gegen die Berauschung Jugendlicher eintritt, die etwa beim Paragraphen über die gefährliche Körperverletzung Platz zu finden hätte. Zur Begründung zieht er die deletären Wirkungen dieses Giftes auf das kindliche Gehirn und die Bestimmungen des englischen Kindergesetzes heran.



Bei § 58 der StPO. schlägt *Ilberg* (14) vor, einen Satz einzuschieben, der besagt, daß von der Vereidigung einer Person, die zur Zeit der Vernehmung geisteskrank war oder an Geistesschwäche litt, ganz abgesehen wird. Bei § 60 wäre zu bemerken, daß ein Zeuge nur dann gegen seinen Willen auf seinen Geisteszustand untersucht werden kann, wenn davon ein wesentlicher Aufschluß für die Urteilsfällung erwartet werden kann. Zu § 80 verlangt er, daß die Beobachtung nur in einer öffentlichen Irrenanstalt vorgenommen und über 6 Wochen ausgedehnt werden kann, ferner soll diese Beobachtungszeit eventuell auf die Strafe angerechnet werden können. Schließlich müßte im § 471 festgelegt werden, daß bei bald nach der Urteilsfällung hervortretenden Geistesstörungen nachträglich zu prüfen ist, ob diese nicht schon zur Zeit der Tat vorhanden waren. Auf Verlangen der Sachverständigen müßten die Aussagen eventuell wörtlich protokolliert werden.

In der Pubertät vollzieht sich die geistige und körperliche Entwicklung der Kinder zum Erwachsenen. Dabei halten die einzelnen Leistungen des Gehirns nicht gleichen Schritt miteinander, so daß wir auch normalerweise eine gewisse Disharmonie unter ihnen finden. Daraus resultiert nach *Cramer* (I. 4.) schon unter normalen Verhältnissen eine gewisse Neigung zur Kriminalität in der Pubertät, und zweitens zeigen sich häufig in ihr schon die Anfänge zu eigenartiger Veranlagung, Genie, Geisteskrankheit und Verbrechen. Die Entwicklung der Hirnnervenfasern und -Zellen findet erst im Beginn des dritten Lebensdezenniums einen gewissen Abschluß, so daß zwar die zivilrechtliche, nicht aber die strafrechtliche Mündigkeit den anatomischen und physiologischen Verhältnissen des Menschen entspricht. Überhaupt sind alle diese Verhältnisse in der Strafgesetzgebung zu wenig berücksichtigt. Dies zeigt sich namentlich in den Mißerfolgen der Fürsorgeerziehung, welche die Möglichkeit einer pathologischen Entwicklung des Gehirns in der Pubertät gar nicht berücksichtigt. Besser wirkt schon die bedingte Strafaussetzung, die geeignet ist, dem Jugendlichen die ihm fehlenden Hemmungsvorstellungen gegen kriminelle Neigungen wenigstens teilweise zu ersetzen. Vor allem muß die Prophylaxe gegen die Kriminalität der Jugend noch mehr ausgebaut werden. Die Fürsorgeerziehung muß schon bei drohender Verwahrlosung, nicht erst nach eingetretener Straffähigkeit einsetzen. Die Psychopathen unter den jugendlichen Verbrechern müssen durch ärztliche Untersuchungen ausgesondert und ihrer pathologischen Veranlagung entsprechend behandelt werden. Dazu ist die Einrichtung besonderer klinischer Beobachtungsstationen erforderlich. Ganz generell muß aber die Kontrolle der schulentlassenen Jugend, die jetzt nach der Konfirmation sich vollkommen selbst überlassen ist, weiter ausgebaut werden. Zum Schluß empfiehlt *Cramer* noch den weiteren Ausbau der Jugendgerichte, die sich sehr bewährt haben und die Entmündigung der psychopathischen Fürsorgezöglinge, damit sie mit Ablauf des 21. Lebensjahres, wenn sie aus der Erziehung entlassen werden, nicht ohne Aufsicht sind. Von dem Vorhandensein psychopathischer Züge bei solchen Elementen muß auch den Rekrutierungs- und Militärbehörden Mitteilung gemacht werden.

Ähnliche Ausführungen über die Behandlung der Minderwertigen und der Minderjährigen in der Strafrechtspflege machen *Büttner* (3) und *Risch* (24). Auch ihre Postulate sind die gleichen.





Die Gefahren der Untersuchungshaft sind nach *Klein* (15) recht zahlreich. Von viel größerer Bedeutung als die Abwendung der Gefahr durch körperliche Erkrankung ist nach seinen Erfahrungen aber die Prophylaxe in psychischer Beziehung. Vier Gruppen geistig Abnormer sind hauptsächlich in den Gefängnissen vertreten: Schwachsinnige aller Grade, Alkoholiker, Epileptiker und sogenannte Degenerierte; es finden sich aber auch zahlreiche Hysteriker, Neurastheniker, Senildemente und Arteriosklerotiker; das Hauptkontingent stellt die Dementia praecox. Unter diesen Verhältnissen kann es nicht wundernehmen, daß die für solche Leute besonders ungeeignete Untersuchungshaft zu psychischen Störungen führt. Es empfiehlt sich für den Gefängnisarzt, diese Leute von vornherein im Auge zu behalten und sie nach Möglichkeit vor der Einzelhaft zu bewahren, ein Verfahren, das auch den älteren Gefängnisbeamten wohl bekannt ist. Die gemeinsame Haft führt auch zur raschen Entlarvung der Simulanten, die im ganzen nicht häufig sind. Für Jugendliche kann die sonst erwünschte Einzelhaft besonders gefährlich werden. Vgl. auch die Arbeit von *Rixen* (25).

*Prosorow* (22) schildert die Irrenpflege, wie überhaupt die Krankenpflege, in den russischen Gefängnissen als durchaus unzulänglich. Sind auch in einigen wenigen Strafanstalten ziemlich gut eingerichtete Krankenabteilungen vorhanden, so besitzt doch die weitaus größte Mehrzahl der Gefängnisse nicht einmal eigene Ärzte, und die Funktion des Gefängnisarztes wird im Nebenamt von einem ohnehin überbürdeten Stadt- oder Kreisarzt ausgeübt. Verf. wendet sich energisch gegen die in Rußland geplante Ausdehnung des Systems der Einzelhaft, da letztere unbedingt zu einer Vermehrung der Zahl der geisteskranken Insassen der Gefängnisse führen muß. (*Fleischmann-K*iew.)

Zwei Meineidige wurden von *Th. Becker* (2) mit verschiedenen bekannten Assoziationsmethoden untersucht. Von diesen haben sich für die Frage nach der Simulation nur die psychophysischen Reaktionsmethoden bewährt. Er konnte mit ihnen bei einem Angeklagten neben Simulation auch Zeichen von Altersblödsinn nachweisen, deshalb Exkulpation nach § 51. Der andere war ein Simulant und wurde verurteilt.

*Gaupp* (9) beobachtete eine hochgradig schwachsinnige Kindesmörderin und gab sein Gutachten dahin ab, daß die Person geisteskrank und unzurechnungsfähig im Sinne des § 51 sei. Trotzdem der Staatsanwalt dem Gutachten beitrat und der Verhandlungsleiter Gelegenheit gab, sich von dem Schwachsinn des Angeklagten zu überzeugen, sprachen die Geschworenen ein Schuldig, zwar nicht des Mordes, trotzdem die Tat lange überlegt war, sondern des Totschlages. *G.* macht darauf aufmerksam, daß in diesem Falle der Tatbestand des Verbrechens geändert wurde, um dem Geisteszustande der Angeklagten gerecht zu werden, indem die erwiesene Überlegung als nicht vorhanden angesehen wurde.

Ein 26 jähriger Beamter hatte mit 4 Jahren ein schweres Kopftrauma erlitten und schon in seiner frühesten Jugend den Trieb zu plan- und ziellosen Wanderungen gezeigt. Während der Wanderungen Verstimmung, Unlust zu Arbeit, einmal ein Suizidversuch, dann ein Mordversuch auf seine Braut. Die Erinnerung war stets erhalten. *Zingerle* (36) glaubt, daß es sich mangels anderer Grundkrankheiten um

dysphorische Poriomanie auf dem Boden traumatischer Degeneration handelt, wie in den Fällen von *Cramer*, *Pelz* und *Wendenburg*.

*Gudden* (12) hat zwei Diebe beobachtet, die an Zwangsvorstellungen litten und deshalb unzurechnungsfähig waren. In dem einen Falle handelte es sich um einen schon lange bestehenden krankhaften Sammeltrieb, in dem andern stahl der Kranke, um sich so gewaltsam von der Zwangsvorstellung seiner Ungewandtheit und Ungeschicklichkeit zu befreien.

*Fontane* (8) macht es in einem ausführlichen Gutachten durchaus wahrscheinlich, daß der stark neurasthenische Angeschuldigte unter dem Einfluß von Alkohol und Affekten in einen vorübergehenden Zustand geistiger Störung geraten war, in dem er für die vielen ihm zur Last gelegten dienstlichen Vergehen nicht zur Verantwortung gezogen werden konnte. *Wassermeyer*s (30) Gutachten ist von Interesse nicht nur, weil er von neuem zeigt, wie schwierig es ist, im Wiederaufnahmeverfahren die Freisprechung eines Verurteilten herbeizuführen, sondern auch, weil es sich um einen Fall von Lues cerebri handelt, welche Erkrankung ziemlich selten auf ihre strafrechtliche Bedeutung geprüft wird. *Köberlin* (16) legt seiner Studie über die Zurechnungsfähigkeit der Hysterie 16 Fälle zugrunde, die in den letzten Jahren in der Erlanger Anstalt beobachtet waren. Achtmal handelte es sich um Diebstahl und Betrug, zweimal um Brandstiftung und ebensooft um Meineid, viermal um Mord, Mordversuch, Kindestötung, Körperverletzung. Verurteilt wurden drei; Freisprechung bzw. Einstellung des Verfahrens erfolgte zwölfmal. Eine Diebin zeigte eine große Tendenz zum Konfabulieren, zu deren Betätigung ein manisches Element nötig ist. Die Diebstähle der Hysterischen waren gekennzeichnet durch die Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit der gestohlenen Sachen und die Wohlhabenheit der Täterin. Das Motiv einer Brandstiftung, die übrigens zur Zeit der Periode begangen wurde, war Heimweh. Die Vergehen gegen das Leben stellten Affekthandlungen dar. Zutreffend betont Verf,. daß retrograde Amnesie häufiger ist, als vielfach angenommen wird. Mit Recht wird die Bedeutung der Menstruation hervorgehoben. (*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Bei einem ausgesprochen degenerativ veranlagten Menschen konnte *Weber* (31) keinen sogenannten pathologischen Rausch experimentell hervorrufen. Zu dem Nachweis eines pathologischen Rausches, unter dem sich übrigens verschiedene Krankheitsbilder verbergen können, gehören erstens eine entsprechend schwere Prädisposition und zweitens das Auftreten wirklicher psychotischer Symptome auf dem Boden dieser Veranlagung unter dem Einfluß des Alkohols. Ein Alkoholversuch wie der vorliegende gibt die Möglichkeit, die Reaktionsweise eines Individuums auf Alkohol kennen zu lernen. Man darf ohne einen solchen auch bei Belasteten nicht ohne weiteres annehmen, daß sie auf Alkohol in krankhafter Weise reagieren. Ein positives Resultat hatte der Versuch von *Landsbergen* (VII. 8.), der bei einem Matrosen durch Alkoholgabe den pathologischen Rausch mit echten psychotischen und nervösen Symptomen (Pupillenstarre) prompt hervorrufen konnte.

Die großen Schwierigkeiten, welche die Beurteilung degenerativ veranlagter Personen im Strafrecht bietet, illustriert deutlich der von *Türkel* (28) beschriebene Fall der Berta Kuchta, die zwei Kinder ihrer Dienstherrschaft A. umgebracht hatte Sie wurde wiederholt begutachtet, zweimal durch die medizinischen Fakultäten

österreichischer Universitäten. Während nun das eine Fakultätsgutachten zu der Entscheidung gelangte, daß die K. degeneriert und völlig unzurechnungsfähig wäre, sprach sich die andere dahin aus, daß sie zwar eine eigenartige, in vieler Beziehung unaufgeklärte psychopathische Persönlichkeit wäre, daß aber die nachgewiesenen Züge geistiger Anomalie keineswegs einen Zweifel an ihrer Zurechnungsfähigkeit rechtfertigten.

Eine sehr umfassende Zusammenstellung und Kritik der Literatur über die perversen Geschlechtstriebe gibt *Gräf* (11). Für die gerichtsärztliche Beurteilung sind besonders die letzten Kapitel der Arbeit praktisch, in der *Gr.* sehr gründlich auseinandersetzt, was zum Tatbestand der widernatürlichen Unzucht und ihrer Unterabteilungen gehört, wie man sie erkennt und wie die Zurechnungsfähigkeit bei perversen Geschlechtsakten zu beurteilen ist. *Gr.* betont, daß sich hier keine allgemeinen Gesichtspunkte aufstellen lassen, man hat sein Gutachten vielmehr von Fall zu Fall nach gründlicher Untersuchung abzugeben. Der § 51 ist nur den geisteskranken Perversen, nicht aber den sogenannten sexuell Psychopathischen oder Urningen zuzubilligen, ganz gleich, ob sie behaupten, der Trieb sei angeboren oder nicht. Am Schluß der Arbeit befindet sich ein reichhaltiges Literaturverzeichnis.

Ein Mann hatte ein Mädchen erschossen und dann sich selbst einen Schuß in die Schläfe beigebracht. *Richardson* (23). Er fiel bewußtlos um, und als er nach 12 Stunden zu sich kam, fehlte ihm jede Erinnerung an den Vorfall. Das Bewußtsein war dann noch zwei Wochen lang getrübt, nachher Heilung ohne Widerkehr der Erinnerung. Es ist interessant, daß der Patient freigesprochen wurde, mit der Begründung: er wisse nichts von seiner Tat, könne sich also nicht verteidigen und sei deshalb als geisteskrank anzusehen.

## III. Kriminal-Anthropologie und -Psychologie.

1. *Balli*, *R.*, Sulla interruzione del sulcus centralis (Rolandi) nei criminali. Riv. sperimentale di Freniatria vol. 35, p. 52—62.
2. *Becker*, *Theophil*, Pseudologia phantastica und Simulation. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. IV, H. 3. (S. 37*.)
3. *Benon*, *R.*, et *Froissart*, *P.*, Vagabondage et simulation (une observation). Annal. d'hygiène publ. et de med. legale, März. (S. 37*.)
4. *Bianco*, *E.*, und *Gandolfi*, *G.*, Sull' efficacia della scuola nella lotta contro la criminalità. Il Manicomio XXV, no. 1—2.
5. *Birnbaum*, *K.*, Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3. (S. 36*.)
6. *Birnbaum*, *K.*, Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden, Bergmann. 88 S. 2,50 M. (S. 35*.)
7. *Boas*, *Kurt*, Forensisch-psychiatrische Kasuistik I. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 3 u. 4, S. 195. (S. 39*.)



8. *Don Alfonso von Bourbon und Österreich-Este*, Geschichte der Ligen wider den Zweikampf. Deutsch von Maria Freiin v. Vogelsang. Wien, Josef Roller & Co. 96 S. 0,80 M.

9. *Buschan*, *G.*, Geschlecht und Verbrechen. 2. Aufl. 96 S. 1 M. Berlin u. Leipzig, H. Seemann Nachf.

10. *Chatelain*, Débile Homicide. Annal. med.-psychol., Juli-Aug.

11. *Dück*, Beitrag zur Schrift der Querulanten. Graphol. Mtshefte Bd. 10, S. 77. (S. 39*.)

12. *Fernald*, *Walter E.*, The imbecile with criminal instincts. Americ. journ. of insan. vol. LXV, no. 4. (S. 39*.)

13. *Frank*, *R.*, *Roscher*, *G.*, und *Schmidt*, *H.*, Der Pitaval der Gegenwart. Almanach interessanter Straffälle. Tübingen, J. C. B. Mohr. 1 Bd. zu 4 H., 6 M. (S. 35*.)

14. *Frisco*, *B.*, Sullo stato attuale delle nostre connoscenze concernenti lo studio clinico e medico-legale del contagio mentale e della imitazione involontaria. Riv. Ital. di Neuropathol., Psich., ed Elettroter. vol. I, fasc. II.

15. *Gross*, *Otto*, Über psychopathische Minderwertigkeiten. Leipzig, Braumüller. 122 S.

16. *Hampe*, Der Fall S. Erwiderung an *Roth* und *Mayer*. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. S. 669.

17. *Heinsius*, *Georg*, Klinische Beiträge zur forensischen Bedeutung der Dementia praecox. Diss. Erlangen. (S. 35*.)

18. *Hilger*, *W.*, Die Hypnose und die Suggestion, ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. Jena, G. Fischer. 8⁰. 194 S. 4 M.

19. *Hiller*, *Kurt*, Die kriminalistische Bedeutung des Selbstmordes. Inaug.-Diss. Heidelberg.

20. *Hitchcock*, *W.*, Imbecile, criminal, or both? Americ. journ. of insan. vol. LXV, no. 3. (S. 37*.)

21. *Höfler*, Ein Fall transitorischer Bewußtseinsstörung. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 1, S. 50.

22. *Homburger*, Der Einfluß der Schundliteratur auf jugendliche Verbrecher und Selbstmörder. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 3, S. 145.

23. *Hospital*, *P.*, Cleptomanes et vols aux étalages. Ann. med. psychol., Nov.-Dez.



24. *Jacoby, P. J.*, Der Antichrist. Ssowremennoja psychiatria Nr. 6—8. (S. 38*.)
25. *Jaspers, Karl*, Heimweh und Verbrechen. Diss. Heidelberg. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 37*.)
26. *Kühlewein*, Ein Beitrag zur Beurteilung des Familienmordes. Ztschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 5. Jahrg., H. 11 u. 12.
27. *Leppmann, A.*, Greisenalter und Kriminalität. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. I, H. 4. (S. 37*.)
28. *Lindenau-Niceforo*, Die Kriminalpolizei und ihre Hilfswissenschaften. Enzyklop. d. modern. Kriminalistik. Gr.-Lichterfelde, P. Langenscheidt. XLVIII u. 472. 20 M., geb. 23 M. (S. 35*.)
29. *Lochte, Th.*, Über Kurpfuscherei und Aberglauben und ihre Beziehungen zum Verbrechen. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 3 u. 4, S. 326.
30. *Löwenfeld, K. L.*, Über die Dummheit. Eine Umschau auf dem Gebiete menschlicher Unzulänglichkeit. Wiesbaden, Bergmann. XV u. 339 S. 5 M.
31. *Lückerath*, Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 6. (S. 36*.)
32. *Major, Gustav*, Gesetzesübertretung Jugendlicher und geistige Minderwertigkeit. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. I, H. 6.
33. *Meeus, Fr.*, Des origines de l'anthropologie criminelle. Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique no. 143. (S. 39*.)
34. *Montet*, Assoziationsexperimente an einem kriminellen Falle Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 1.
35. *Näcke, P.*, Zur Psychologie der sadistischen Messerstecher. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 3 u. 4, S. 341.
36. *Perrier, Ch.*, La grande envergure et ses rapports avec la taille chez les criminels. Lyon, A. Roy & Cie. 71 S. 20 Porträts u. 8 Autographien.
37. *Plempel*, Zur Frage des Geisteszustandes der heimlich Gebärenden. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Flg., XXXVII, Suppl.-H. 2.
38. *Pollitz, P.*, Die Psychologie des Verbrechers. 146 S. kl. 8⁰. Leipzig, B. G. Teubner. (S. 35*.)

39. *Riebeth*, Über den geistigen und körperlichen Zustand der Korrigenden. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 5. Jahrgang, H. 11 u. 12.

40. *de Roos*, Über die Kriminalität der Juden. Mtschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 4/5, S. 193. (S. 38*.)

41. *Roth* und *Gerlach*, Der Banklehrling Karl Brunke aus Braunschweig. Jur. psych.-Grenzfr. Bd. 7, H. 2.

42. *Rüdin*, *E.*, Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei lebenslänglich zu Zuchthausstrafe Verurteilten. Habilitationsschr. München 1909. (S. 36*.)

43. *Sadger*, *J.*, Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung. Med. Klin. Nr. 2.

44. *v. Schrenck-Notzing*, Gutachten über den Geisteszustand des Herrn v. G. H. Gross' Archiv Bd. 32, H. 3 u. 4, S. 253.

45. *Schott*, *A.*, Katamnestische Erhebungen über Untersuchungsgefangene. Psych.-neurol. Wschr. XI, Nr. 39 u. 40. (S. 36*.)

46. *Schwarzwald*, *B.*, Beitrag zur Psychopathologie der hysterischen Dämmerzustände und Automatismen. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. XV, S. 89.

47. *Seiffert*, *Heinrich*, Zur Lehre von den Pseudologia phantastica. Inaug.-Diss. Heidelberg.

48. *Seige*, *Max*, Psychopathische Grenzzustände im Landstreichertum. Korr.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen Nr. 10. (S. 37*.)

49. *Siemerling*, *E.*, Über nervöse und psychische Störungen der Jugend. Berlin, A. Hirschwald. 31 S.

50. *Sobolewsky*, *A. W.*, Zur Lehre vom Vagabundentum. Obosrenje psychiatrii no. 1. (S. 38*.)

51. *v. Sury*, *Kurt*, Die Unzucht mit Tieren. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 3 u. 4, S. 293.

52. *v. Sydow*, *Hans*, Eisenbahnfrevel durch Geisteskranke. Diss. Rostock. (S. 37*.)

53. *Tirelli, Vitige*. Su di un caso di suicidio per colpo di revolver all' arrechia. Ann. di freniatria e Scien. aff. vol. XIX.

54. *Vogt*, *H.*, Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 542.

55. *Wachholz*, *L.*, Zur Lehre von den sexuellen Delikten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Jahrg., XXXVIII, 1.

56. *Weber, L. W.*, Ist der geborene Verbrecher ein anthropologischer Typus? 1,20 M.

57. *Ziehen, Th.*, Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter. Berlin, S. Karger. 32 S. 60 Pf.

Die Psychologie des Verbrechers hat *Pollitz* (38) in allgemeinverständlicher Weise dargestellt. Sein kleines Buch zerfällt in vier Abschnitte. Die Einleitung beschäftigt sich mit den Grundlagen der Kriminalpsychologie, der zweite Teil mit der Lehre vom Verbrechen, der dritte Teil enthält statistische Angaben über die Häufigkeit des Verbrechens und über die Beziehungen der Kriminalität zu den verschiedenen Lebensabschnitten, dem Geschlecht, dem Beruf und zu den wirtschaftlichen Verhältnissen sowie sonstige Angaben aus der allgemeinen Kriminalpsychologie. Der speziellen Psychologie ist der vierte Abschnitt gewidmet, der Angaben über die Beziehungen des Verbrechens zu den Geisteskrankheiten, dem Alkoholismus und der Prostitution enthält, auch die Jugendkriminalität, die Sittlichkeitsverbrechen und der Berufsverbrecher sind hier in besonderen Kapiteln behandelt. Es ist dem Verf. gelungen, auf sehr beschränktem Raum außerordentlich viel Wissenswertes zu bringen. Trotzdem ist die Darstellung anschaulich und klar geblieben, das Buch liest sich gut und entspricht dem Zwecke der Belehrung wie der Anregung zum Studium der Kriminalstatistik vollkommen.

*Lindenau* (28) hat das Werk *Niceforos* über die Kriminalpolizei und ihre Hilfswissenschaften ins Deutsche übertragen. Das Werk ist als ein Teil der Enzyklopädie der modernen Kriminalistik bei P. Langenscheidt erschienen, zeichnet sich durch guten Druck, hervorragende Illustrationen und sehr anschauliche Darstellungsweise aus.

Der Strafrechtslehrer *Frank*, der Polizeidirektor *Roscher* und der Reichsgerichtsrat *Schmidt* geben zusammen den Pitaval der Gegenwart (13) heraus, der eine aktenmäßige Darstellung interessanter Straffälle bringen soll. Der Inhalt der uns vorliegenden Hefte des fünften Bandes entspricht der Aufgabe, die sich die Herausgeber gestellt haben. Sie wenden sich an das gesamte gebildete deutsche Publikum, um ihm die Schattenseiten des modernen Kulturlebens vor Augen zu führen, und dürfen in der Art, wie sie es tun, des Interesses aller beteiligten Kreise gewiß sein.

*Heinsius* (17) hat 242 Männer und 141 Frauen, die an Dementia praecox litten, auf ihre straf- und zivilrechtliche Vergangenheit untersucht. 40,5% der Männer und 43,8% der Frauen waren unbestraft. Sie gehörten zur einfach dementen Form der Dementia praecox. Die 58%, die Exzesse begangen hatten, waren sämtlich wegen Bettelns und Landstreichens vorbestraft, die strafbaren Handlungen zeichneten sich meist durch Impulsivität aus, erschienen unsinnig und zwecklos und stellten niemals Ansprüche an Überlegung und Umsicht.

*Birnbaums* (6) ausgezeichnete Darstellung der psychopathischen Persönlichkeiten lehrt uns die den Entarteten gemeinsamen Züge kennen und verstehen, warum so geartete Persönlichkeiten kriminell werden oder in der Haft so leicht psychisch erkranken.






Zum Nachweise der Simulation bei kriminellen Geisteskranken dient gewöhnlich die Eigenart ihrer Wahnbildung, die scheinbar hochgradigen Mängel auf intellektuellem Gebiete und des Gedächtnisses, gewisse Auffälligkeiten im Verlaufe, das plötzliche Auftreten, der Hinweis auf krankhafte Momente, das Auftauchen von neuen Krankheitsbildern durch die ärztliche Fragestellung nach der Untersuchung. *Birnbaum* (5) weist nun nach, daß alles dies auf die exquisite Oberflächlichkeit, Labilität und Beeinflußbarkeit der degenerativen Krankheitszustände zurückzuführen ist, die genau dasselbe Bild bei Kriminellen und nicht Kriminellen bieten und auch fortbestehen, wenn die Person in keiner Beziehung Nutzen, wohl aber Schaden von ihrer Krankheit hat.

*Lückerath* (31) fand unter 147 kriminellen Geisteskranken 49 Fälle von Degenerationspsychosen. Bei allen ließen sich psychische Degenerationszeichen nachweisen, dagegen niemals ein erheblicher Grad von Schwachsinn. 3 Erkrankungen fielen in das 10. bis 20. Lebensjahr, 30 in das dritte, 14 in das vierte Dezennium, 22 betrafen Leute über 40 Jahre. Man konnte drei Gruppen unterscheiden: 1. Degenerierte mit dem Symptom des Vorbeiredens (*Ganser*), 2. solche mit einfachem Beeinträchtigungs- oder Verfolgungs- und Größenwahn, 3. Degenerierte mit psychogenen Erregungszuständen. Alle litten an hypochondrischen Vorstellungen und Sensibilitätsstörungen und zeigten Schwankungen im Verlaufe der Krankheit, die durch äußere Umstände bedingt waren. Dies war auch der Fall bei der Wahnbildung, die nicht progressiv war und in deren Verlaufe keine Verblödung eintrat. Die Prognose ist günstig, meist können die Degenerierten bald dem Strafvollzug zurückgegeben oder entlassen werden.

Die Katamnese, welche *Schott* (45) bei 32 nach § 81 untersuchten Verbrechern erheben konnte, lieferte ihm den Beweis, daß psychopathische Individuen sich recht wohl zum Strafvollzug eignen. Man soll bei ihnen deshalb den § 51 mit großer Vorsicht und Zurückhaltung anwenden, einmal um diese Elemente aus den Irrenanstalten fernzuhalten, und dann, weil die bei ihnen in der Haft zutage tretenden Psychosen sich bei geeigneter Behandlung rasch bessern.

*Rüdin* (42) untersuchte 50 Verbrecher, die zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt und geisteskrank geworden waren. Der Vater jedes fünften Erkrankten war notorischer Trinker, jedes dritten Trinker, Geisteskranker oder von so abnormem Charakter gewesen, daß er selbst in seinem unmoralischen Milieu auffiel. 40% gehörten der Dementia praecox an, 4 waren Epileptiker, andere litten an Hysterie und andern Psychosen auf dem Boden der Entartung, deren Zeichen die Kranken fast ausnahmslos trugen. Bei vielen früh gealterten Kranken entstand, vielleicht auf dem Boden der Arteriosklerose, ein „präseniler Begnadigungswahn", d. h. die von lebhaften optischen und akustischen Sinnestäuschungen begleitete Wahnvorstellung, sie seien begnadigt. Der Ausbruch ist plötzlich, die Besonnenheit bleibt erhalten, die Systematisierung geht nicht weit. Das manisch-depressive Irresein fehlte unter den Beobachtungen.

Von den Personen, welche im höheren Alter (über 70 Jahre) bestraft werden, sind durchschnittlich 65% zum ersten Male kriminell. Vergehen gegen die öffentliche Ordnung und die Person (Sittlichkeitsdelikte) und gewisse Fahrlässigkeitsdelikte (Brandstiftung) geben vor allem Anlaß zur Bestrafung. Die Bestraften

sind nicht immer geisteskrank, und es bleibt unerklärt, wie die bis dahin unbescholtenen Leute zu Handlungen kommen, die in krassem Gegensatz zu ihrer tadellosen Lebensführung stehen. *Leppmann* (27) meint, daß dies zum Teil an Mängeln der Untersuchungsmethoden liegt, die uns im Stiche lassen, wenn es gilt, geistige Minderwertigkeit nachzuweisen. Bei der Wichtigkeit dieser Tatsachen verlangt *L.*, daß jeder über 70 Jahre alte Erstverbrecher gerichtsärztlich auf seinen Geisteszustand untersucht werden müßte. Außerdem müßten sie der bedingten Begnadigung teilhaftig werden können. Dies ist um so unbedenklicher, als bei Greisen der verminderten Zurechnungsfähigkeit durchaus keine erhöhte Gemeingefährlichkeit entspricht.

Der erste der drei von *v. Sydow* (52) mitgeteilten Fälle von Eisenbahnfrevel war von einem Manne ausgeführt, der schon wiederholt wegen Verbrechens gegen § 315 RStGB. verurteilt war, aber drei Wochen nach seiner Entlassung aus dem Zuchthause rückfällig wurde. Erst in der Haft stellte sich heraus, daß der Bestrafte Paranoiker war und seine Handlungen die Betätigung seiner Wahnideen waren. Die zweite Straftat wurde von einem degenerierten Epileptiker ausgeführt. Freisprechung nach § 51, Internierung; denselben Ausgang nahm das Verfahren im dritten Falle, der einen Schwachsinnigen betraf.

Eine sehr ausführliche Darstellung der Beziehungen zwischen Heimweh und Verbrechen gibt uns *Jaspers* (25) in seiner Dissertation. Im Anfange der Arbeit gibt er eine schöne Übersicht über die verschiedenen Ansichten, die sich im Laufe der Zeit über das Heimweh gebildet haben, für das man sogar einen medizinisch klingenden Namen, „Nostalgie“, einführen zu müssen geglaubt hat. Der Hauptteil bringt eine sehr eingehende, kritische Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Fälle, in denen Leute aus Heimweh kriminell geworden sind, der Schluß Beobachtungen und Gutachten über Heimwehkranke aus der Heidelberger Klinik. Vielfach handelte es sich um zurückgebliebene Kinder, andere litten an endogener Verstimmung, an Schwachsinn, an sittlicher Minderwertigkeit oder epileptoider Verstimmung. Das Bild war jedenfalls nicht einheitlich und unterschied sich vom normalen Heimweh nur durch die Stärke der Verstimmung, ihre Nachhaltigkeit und ihre somatischen Folgeerscheinungen. Das weibliche Geschlecht überwiegt bei den Heimwehverbrechern ganz erheblich. Sehr gutes Literaturverzeichnis.

*Hitchcock* (20) schildert einen Mann, eine psychopathische Persönlichkeit, der bis zu seinem 22. Jahre nicht weniger als 41 mal bestraft war. Die erste Strafe erhielt er im 5. Lebensjahr. Eine ähnliche Beobachtung machten *Benon* und *Froissart* (3) an einem Vagabunden, der an Fuguezuständen litt. Dieser war ein déséquilibré instable, der sein Leben halb auf der Walze, halb in Asylen zugebracht hatte, seine Aufnahme bewirkte er jedesmal, indem er Geisteskrankheit simulierte. *B.* und *F.* sehen den Grund der Fugue oder Poriomanie in akzidentellen, den der Vagabondage in habituellen, krankhaften Zuständen. *Seige* (48) schildert in kurzen Worten die psychischen Ursachen der Landstreicherei und speziell zwei Brüder, die, schwer belastet, schon im jugendlichen Alter Vagabunden wurden, und einen epileptischen Vagabunden, der infolge von Angstzuständen walzte.

Ähnlich lagen die Verhältnisse bei der von *Th. Becker* (2) geschilderten Persönlichkeit. Ein schwer belasteter Mensch verübte überall Hochstapeleien, miß-



brauchte die Güte der Geistlichen, die er durch schwindelhafte Erzählungen von Krankheit und Unglück zu täuschen wußte, oder verschaffte sich Unterkunft in Krankenhäusern durch Simulation von Schlaganfällen, Epilepsie, Morphinismus oder Bluthusten. Diesen täuschte er durch Stiche in die Nasenschleimhaut vor, die ihn nicht besonders schmerzten, da er rechts hypalgetisch war. Es fanden sich auch noch andere hysterische Stigmata bei dem Manne, den *B.* wegen seiner phantastischen Aufschneidereien zu den phantastischen Lügnern rechnen möchte.

*Sobolewsky* (50) teilt zwei Fälle von Wandertrieb mit, die weder auf Epilepsie noch auf Hysterie, noch auf Dementia praecox zurückgeführt werden können. Es lag vielmehr eine Handlung vor, die den Zwangshandlungen der Neurastheniker oder richtiger der Psychastheniker gleichkommt. Hier fehlt die Amnesie, wir haben es hier mit keinen impulsiven Handlungen zu tun, und doch handeln die Kranken unter einem Zwange, über dessen Natur sie sich nicht klar werden können. Verf. schlägt vor, die Bezeichnung Wandertrieb ausschließlich für den automatisme ambulatoire auf dem Boden der Epilepsie oder Hysterie anzuwenden, während er für alle andern Arten von Wanderungen (Dromomanie, Poriomanie) die Bezeichnung Vagabundentum empfiehlt. (*Fleischmann*-Kiew.)

Die Kriminalität der holländischen Juden bleibt nach *de Roos* (40) erheblich hinter der der Christen zurück. Sie betrug auf 100 000 nur 139,5 bei den Juden, dagegen 222 bei den Evangelischen, 298 bei den Katholiken im Jahre 1906. Es wurden verurteilt wegen Widerstands gegen Beamte 8,4 Juden und 20,7 Christen, wegen Körperverletzung 37,7 und 66,8, wegen Diebstahls 29,9 und 50,1. Bei Unterschlagung und Betrug waren sie stärker beteiligt: 13,3 gegen 8,1, auch an der Hehlerei: 6,6 Juden gegen 1,6 Christen, und bei der Verbreitung unsittlicher Schriften: 2,2:0,5. Gering war ihre Beteiligung an Sittlichkeitsverbrechen. Die geringe Beteiligung der Juden an der Gesamtkriminalität führt *R.* auf ihre Mäßigkeit im Alkoholgenuß, die Art der Kriminalität auf ihre vorwiegend intellektuelle Beanlagung zurück.

*Jakoby* (24) hatte ein gerichtliches Gutachten über folgenden ebenso interessanten wie entsetzlichen Fall abzugeben. Am Abend des 15. Juni 1907 wurden die Einwohner des einsam in einem sehr dünn bevölkerten Teile des Gouvernements Mohilew gelegenen Dorfes Ssyssojewka von dem Bauer Koltschewsky aufgefordert, zu ihm zu kommen. Als dieser Aufforderung Folge geleistet wurde, hielt ihnen K. eine Art Predigt, deren Inhalt nicht recht zu verstehen war, die aber doch auf die Zuhörer durch die vielen Bibeltexte, durch den eingeflochtenen Gesang von Liedern und Gebeten sowie durch das eigenartige Wesen des Redners stark wirkte. K. schilderte die Lage der Landsleute und des Vaterlandes in entsetzlichsten Farben und erklärte, daß alles Übel von dem kürzlich zur Welt gekommenen Antichrist stammte. Diesen Antichrist entdeckte K. in der Person des $1^3/_4$ Jahre alten Kindes des Bauers G., der sich unter den Versammelten befand. Mit Heiligenbildern und brennenden Kerzen begab man sich zur Wohnung des G. Dort wurde das Kind — ohne daß die anwesenden Eltern, Großeltern und Geschwister etwas zu seinem Schutze getan hätten — von K. mit den Füßen getreten und getötet. Die Leiche wurde von der Menge unter Absingen von Liedern nach dem nahen Sumpf geschleppt. Erst der dämmernde Morgen brachte die Leute zur Besinnung. Der Verf. konnte



den pathologischen Charakter dieser Handlung durch zahlreiche charakteristische Einzelheiten nachweisen. Ebenso klar war es, daß es sich um degenerative Typen handelte. Das Vorleben der Hauptbeteiligten, die vielen Degenerationszeichen bei allen Angeklagten, das Verhalten der Bauern in der Beobachtungszeit ließen darüber keinen Zweifel übrig. Ganz besonders interessant sind die anthropologischen Angaben des Verfassers. Es stellt sich heraus, daß die Vorfahren der Angeklagten im 18. Jahrhundert zwangsweise vom Osten nach dem Gouvernement Mohilew transportiert wurden. Daraus erklärt sich die Tatsache, daß die Einwohner von Ssyssojewka einen ausgesprochen finnischen Typus repräsentieren und sich von den umgebenden Slawen scharf unterscheiden. Nach Beobachtungen des Verf. sind Ausbrüche von religiösem, oft auch erotischem Mystizismus, wie überhaupt die in Rußland relativ oft vorkommenden psychopathischen Epidemien namentlich da zu beobachten, wo die Bevölkerung von finnischen Elementen durchsetzt ist.

(*Fleischmann*-Kiew.)

*Fernald* (12), Direktor einer Schwachsinnigenschule in Massachusetts, Amerika, schildert 19 Schwachsinnige, die ihm zur Erziehung zugewiesen sind, nachdem sie vorher kriminell geworden waren. Seine Erfahrungen ähneln auf Haar denjenigen, die in Deutschland an den Fürsorgezöglingen gemacht sind.

Die Schrift der Querulanten weist nach *Dück* (11) bei großer Regelmäßigkeit, Genauigkeit und verhältnismäßiger Kleinheit geringe Schreibgeschwindigkeit und hohen Federdruck auf. Man darf daraus auf Charaktereigenschaften schließen, wie sie Querulanten eigen sind: Pedanterie, Hartnäckigkeit, Ausdauer und Mißtrauen.

In seiner Arbeit über forensisch-psychiatrische Kasuistik stellt *Boas* (7) interessante Fälle aus der Literatur der letzten Jahre zusammen. Erwähnt seien hier von der Arbeit die Kapitel über: psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge, die Mitteilungen über Sexualdelikte und über Schürzenfetischisten.

Eine historische Übersicht über die Entwicklung der Kriminalanthropologie in Frankreich gibt *Meeus* (33). Er beginnt mit *Cabanis*' (1757—1808) Rapports du pshyique et du moral de l'homme und *Broussais*' (1772—1838) De l'irritation et de la folie, zitiert *Gall* und *Spurzheim* und die Manie sans délire von *Pinel* und die Manomanien *Esquirol*s, die später von der Hereditätslehre *Moreaus* und *Maudsleys* verdrängt wurden. 1857 erschienen dann *Morel*s Studien über die Dégénérescence dans l'espèce humaine, welche die Degenerationstheorie der Kriminalanthropologie inaugurierten, 1840—1870 wurde der Grund zur wissenschaftlichen Forschung in der Psychiatrie gelegt, und gleichzeitig begannen die Bestrebungen, den kriminellen Geisteskranken gerecht zu werden durch Gesetzesvorschriften und durch den Bau besonderer Anstalten.

## IV. Zivilrechtliche Psychiatrie.

1. *Adler*, *Berthold*, Psychische Epilepsie in straf- und zivilrechtlicher Bedeutung. Prag. med. Wschr. XXXIV, Nr. 4—6. (S. 41*.)
2. *Buchholz*, Zeugenaussagen. H. Gross' Archiv Bd. 35, H. 1/2, S. 128.



3. *Cossa, S.*, Des modifications à apporter à la Legislation française sur les aliénés. Preisgekrönte Schrift. Paris, H. Delarue & Cie. 142 S. (S. 46*.)
4. *Cramer, A.*, Die gerichtliche Psychiatrie in bezug auf die Zivilgesetzgebung. Festschr. d. Preuß. Med.-Beamt.-Ver. (S. 40*.)
5. *Frese*, Der Querulant und seine Entmündigung. Halle, Marhold. 53 S. 1,20 M.
6. *Haymann, Herrm.*, Kinderaussagen. Samml. zwangl. Abh. Halle, Marhold. VIII, H. 7. (S. 41*.)
7. *Nemeth, E.*, Beiträge zur Psychologie der Zeugenaussagen. Gyogyascat 1908, nach einem Referat von *Hudovernig*. Neurol. Zentralbl. S. 836. (S. 42*.)
8. *Placzek*, Zur forensischen Bedeutung des Merkfähigkeitsgrades. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 2, S. 83. (S. 41*.)
9. *v. Sölder*, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXIX. (S. 46*.)
10. *Stern, C.*, Der jugendliche Zeuge in der zukünftigen Strafprozeßordnung. Jugendwohlfahrt Jahrg. 1, H. 1. (S. 41*.)
11. *Wallner, Otto*, Strafanzeigen psychisch abnormer Personen. H. Gross' Archiv Bd. 3, H. 3 u. 4, S. 249. (S. 42*.)
12. *Waveren, A. J. van*, Die Verläßlichkeit des Zeugnisses. H. Gross' Archiv Bd. 33, H. 1 u. 2, S. 91. (S. 41*.)
13. *Weygandt, W.*, Der Entwurf einer Strafprozeßordnung sowie der Entwurf betr. Abänderung des Strafgesetzbuches in ihren Beziehungen zur Fürsorge für normale und schwachsinnige Kinder. Ztschr. f. Erforsch. d. jugendl. Schwachsinns Bd. III, S. 197.
14. *Winge*, Bedingungen für die Auflösungen der Ehe eines Geisteskranken nach dem norwegischen Gesetz vom 20. August 1909. Norsk. Mag. f. Laegevid. No. 12.

In einer kleinen Schrift, die uns auf wenigen Seiten über alle Gesetzesparagraphen, Reichs- und Kammergerichtsentscheidungen informiert, die der Psychiater bei der Sachverständigentätigkeit in Zivilsachen zu beachten hat, weist *Cramer* (4) zunächst auf die Vereinfachung hin, welche das BGB. uns in dem Verfahren wegen Entmündigung und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit gebracht hat. Er betont dann, daß man unter Geisteskrankheit und Geistesschwäche keine medizinischen Diagnosen, sondern verschiedene Grade einer geistigen Anomalie zu verstehen hat, daß auch Geisteskranken ein Pfleger gestellt werden kann (RGE. des 4. Ziv.-Sen.



v. 6. Okt. 1902), und daß eine Geisteskrankheit nur dann Ehescheidungsgrund sein kann, wenn die Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung ausschließt oder den Träger einem unmündigen Kinde gleichsetzt (also nur wegen Geisteskrankheit, nicht wegen Geistesschwäche im Sinne des BGB.). Zur Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft genügt aber schon Geistesschwäche (bei depravierten Hysterischen, Arteriosklerotikern und Senilen); auch wegen Trunksucht kann die Ehe geschieden werden.

Ein Mann, der an Anfällen von psychischer Epilepsie litt, zündete sein Haus an. Er wurde exkulpiert, da man annahm, daß er bei Begehung der Tat geistesgestört geewsen wäre. Dieser Mann sollte später entmündigt werden. *Adler* (1) gab jedoch sein Gutachten dahin ab, daß der Mann zwar temporär geisteskrank, im übrigen aber geschäftsfähig wäre.

Untersuchungen auf die Verläßlichkeit des Zeugnisses an 100 Personen ergaben nach *Waveren* (12): 1. daß es den meisten Menschen sehr beschwerlich, manchen völlig unmöglich ist, ein richtiges Zeugnis abzugeben; 2. auch bei schriftlicher Beantwortung ist die Gefahr der Suggestion durch die Fragestellung sehr groß; 3. das Zeugnis minder Gebildeter ist weniger verläßlich als das der Gebildeten.

In *Haymanns* (6) lesenswerter Schrift findet sich klar und übersichtlich zusammengefaßt, unter welchen Gesichtspunkten eine Kinderaussage zu betrachten ist. Schon normalerweise unterliegen die Kinderaussagen Einflüssen, die im Denken des Erwachsenen nicht in dem Grade ausgeprägt sind wie in dem Denken des Kindes, der Suggestibilität, der lebhaften Phantasietätigkeit und dem Spiele mit der Aussage. Mit diesen drei Faktoren eng verknüpft ist die Lüge, sowohl die wissentliche und absichtliche Aussage der Unwahrheit wie die phantastische und pathologische Lüge. Diese grenzen schon an die krankhaften Geisteszustände im Kindesalter, den einfachen Schwachsinn, die Epilepsie, die psychopathischen Konstitutionen und die Hysterie. Kinder, die an solchen Krankheiten leiden, unterliegen in ganz besonders hohem Maße der Induktion, bei ihnen findet sich auch am häufigsten die pathologische Lüge. Es ist dringend zu fordern, daß diese Verhältnisse berücksichtigt werden und namentlich bei wichtigen Aussagen von Kindern vor Gericht geprüft werden, wenn nötig, durch einen Psychiater.

Zeugen im jugendlichen Alter, *Stern* (10), sollen möglichst nur einmal und in einer für sie ungezwungenen Situation vernommen werden. Die Aussage hat möglichst bald nach dem Erlebnis zu geschehen, auf das sie sich bezieht, also meist in der Voruntersuchung. Am geeignetsten zur Vernehmung solcher Personen sind die Vorsitzenden der Jugendgerichtshöfe. Mit der einmaligen, frühzeitig gemachten Vernehmung soll die Angelegenheit für den jugendlichen Zeugen ihre definitive Erledigung finden, demgemäß sollte die polizeiliche Vernehmung verboten sein und die Vernehmung in der Hauptverhandlung überflüssig gemacht werden, entweder durch Verlesung der stenographischen Aufnahme des Vernehmungsprotokolls oder durch Vernehmung des Jugendrichters, der die Aussage herbeigeführt hat.

Auf Grund detaillierter Angaben, welche die Hauptbelastungszeugin über die Wohnung des Angeklagten machte, nahm das Gericht an, die Zeugin müsse mehrere Male in der Wohnung des Angeklagten gewesen sein. Der Angeklagte behauptete, die Zeugin hätte nur einmal durch eine Portiere in das Zimmer hinein-



geblickt. *Placzek* (8) konnte nachweisen, daß die Zeugin, ein beschränktes Mädchen, über eine ganz ungewöhnliche Merkfähigkeit verfügte; die Behauptung des Angeklagten konnte also richtig sein. Der Fall lehrt, daß Imbezillität ein hervorragendes Gedächtnis nicht ausschließt, und zweitens, wie wichtig es ist, die psychiatrische Expertise auch bei Zeugen anwenden zu können.

Geisteskranke, aber auch Alkoholiker und Degenerierte, machen nach *Nemeth* (7) nicht selten bis ins Detail gehende falsche Zeugenaussagen gegen andere und auch gegen sich selbst, wie einige interessante Mitteilungen von ihm bestätigen.

*Wallner* (11) gibt eine ausführliche Darstellung des Falles der Oberin v. H. in München, die auf Grund der Anzeige einer Hysterischen wegen Mordversuchs zu sechs Jahren Zuchthaus verurteilt war und später, als Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Hauptbelastungszeugin entstanden waren, im Wiederaufnahmeverfahren freigesprochen wurde.

## V. Irrenrecht.

1. *Alessi*, *Urbano*, Provvedimenti per gli alienati criminali. Il Manicomio XXV, No. 1—2.
2. *Blumenthal*, *P.*, Was können wir von Amerika bei der Behandlung unserer verwahrlosten und verbrecherischen Jugend lernen? 108 S. Berlin, bei Franz Vahlen.
3. *Cramer*, *A.*, Irrengesetzgebung. Eulenburgs Realenzyklop., 4. Aufl., S. 449. (S. 43/44*.)
4. *Kalmus*, *Ernst*, Schutz vor Geisteskranken. Der Amtsarzt Nr. 9 u. 10. (S. 46*.)
5. *Kapff*, Fürsorge bei Alkoholkranken, und Diskussion dazu. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 230 und H. 2, S. 415.
6. *Klumker*, Die Zwangserziehung. Kulturparlament H. 3 u. 4.
7. *Kötscher*, *L. M.*, Über Alkoholmißbrauch, die Bewertung seiner Folgen in foro und ihre gesetzliche Behandlung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. XXVI, S. 212. (S. 45*.)
8. *Leppmann*, *F.*, Soll die Dauer geistiger Krankheiten den Strafgefangenen auf ihre Strafzeit angerechnet werden? Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 17, S. 370.
9. *Müller*, *Christian*, Ein Beitrag zur Frage der Aufbewahrung und Entlassungsfähigkeit in Landesirrenanstalten untergebrachter geisteskranker Verbrecher. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 4/5, S. 263. (S. 44*.)
10. *Müller*, *R. V.*, Der Begriff der Strafvollzugsfähigkeit vom Standpunkte des Psychiaters. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3 u. 4, S. 694. Sitzungsber.



11. *Rapmund, E.*, Verwahrungshaus für insoziale Geisteskranke bei der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt Göttingen. Ztschr. f. Med.-Beamte Nr. 12, S. 446.
12. *Rixen, P.*, Fürsorge für kriminelle Geisteskranke. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 9/10, Nr. 11.
13. *Rizor, W.*, Bericht an den Landeshauptmann der Provinz Westfalen über die Ergebnisse der psych.-neurol. Untersuchung der in den Anstalten befindlichen, über 14 Jahre alten Fürsorgezöglinge Westfalens. Münster i. W., Louis Espagne, u. Ztschr. f. Erforsch. d. jugendl. Schwachsinns S. 119. (S. 44*.)
14. *Schaefer, H.*, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Deutsche med. Wschr. Nr. 28. (S. 44*.)
15. *Schaefer, H.*, Untersuchung eines 14½jährigen Fürsorgezöglings. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15. (S. 44*.)
16. *Stengel, H.*, und *Hegar, A.*, Über die Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 82.
17. *Sternberg*, Ein österreichischer Entwurf über die Fürsorgeerziehung. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., H. 1, S. 9.
18. *Tippel*, Wohin steuern wir in der Frage: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie? Zentralbl. f. Vormundsch.-Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung I. Jahrg., Nr. 6. (S. 45*.)
19. *Vogt, H.*, Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin, S. Karger. gr. 8°. 212 S. (S. 45*.)
20. *Vogt, H.*, Über die Fürsorge, Pflege und Unterbringung Schwachsinniger und geistig Minderwertiger. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. II, H. 6. (S. 45*.)
21. *Weber, L. W.*, Die Behandlung der Trunksucht. Deutsche med. Wschr. Nr. 7. (S 45*.)
22. *Wendenburg*, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 653. Sitzungsber. (S. 45*.)
23. *Weygandt, W.*, Genügt unser Schutz vor verbrecherischen Geisteskranken? Münch. Allg. Ztg. Nr. 8, S. 171.
24. *Weygandt, W.*, Über das englische Kindergesetz vom Jahre 1908. Ztschr. f. d. Erforsch. d. jugendl. Schwachs. Bd. III, 273. (S. 45*.)

Die Geisteskranken haben im allgemeinen kein Krankheitsgefühl, handeln häufig entsprechend ihren krankhaften geistigen Vorgängen, werden dadurch sich und andern gefährlich und setzen ihrer Behandlung wohl auch Widerstand ent-



gegen. Man ist deshalb genötigt, sie in besonderen, geschlossenen Anstalten zu behandeln und eventuell auch wider ihren Willen zurückzuhalten. Dies bedeutet einen Eingriff in die persönliche Freiheit, und um hierbei jede Willkür auszuschließen und Mißbrauch unmöglich zu machen, sind gesetzgeberische Maßnahmen notwendig und erlassen, die wir als Irrengesetzgebung bezeichnen. *Cramer* (3). Ferner gehört hierher die staatliche Fürsorgegesetzgebung für die Geisteskranken und in weiterem Sinne die Wahrung ihrer persönlichen Rechte durch Einsetzung eines Vormundes oder Pflegers. In Deutschland sind die hierauf bezüglichen Bestimmungen nicht in einem sogenannten Irrengesetz zusammengefaßt. Eine Regelung in einheitlichem Sinne wäre wohl wünschenswert, es steht aber nicht zu erwarten, daß bei den jetzt in weiten Kreisen verbreiteten Anschauungen über das Irrenwesen daraus eine Verbesserung für die Kranken und das Anstaltswesen entspringt.

Die Gesellschaft hat Anspruch auf Schutz vor insozialen Elementen, zu denen auch die geisteskranken Verbrecher gehören. Deshalb soll jede Anstalt feste Räume zur Aufbewahrung von Verbrechern besitzen, denen keine der sonst im Anstaltsbetriebe üblichen Freiheiten zu gestatten sind. Bei der sozialen Bedeutung der Internierung und Entlassung derartiger Elemente soll in Zukunft auch der Richter mitzusprechen haben, da der bisherige Modus, bei dem der Psychiater allein zu entscheiden hatte, sich nicht bewährt hat. *Ch. Müller* (9). Die neue Strafgesetzgebung berücksichtigt die Forderung des Verf. in ihrem Entwurfe.

Zu dem wichtigen Kapitel der Fürsorgeerziehung liefert *Rizor* (13) einen schätzenswerten Beitrag durch die Publikationen der Ergebnisse seiner Untersuchungen an Fürsorgezöglingen der Provinz Westfalen. Er untersuchte 789 Zöglinge und fand unter ihnen 69,6% Anormale. Zu diesen stellten die Knaben 56,6%, die Mädchen 43,4%; 23% der Zöglinge hatten Anomalien mittleren, 23% schweren Grades; 6,6% erschienen nicht erziehungsfähig, und die 23% mit Anomalien schweren Grades dürften höchstens durch Gewöhnung im Sinne der Dressur zu beeinflussen sein. Mit zunehmendem Alter wuchs die Zahl der Abnormen, sie erreichte unter den 18 jährigen den höchsten Prozentsatz. *Rizor* fordert auf Grund der Ergebnisse seiner Untersuchungen: 1. die Einführung eines Fragebogens über die Vorgeschichte, 2. jährliche psychiatrische Untersuchung, 3. Trennung der schwach- und vollsinnigen Zöglinge, 4. ihre Anmeldung zur Stammrolle unter Beschreibung ihrer abnormen Züge, 5. Einrichtung von Beobachtungsstationen an Provinzialanstalten. Der zweite Punkt wurde jedoch von der Provinzialverwaltung abgelehnt.

*Schaefer* (15) teilt das Untersuchungsresultat an einem schwachsinnigen Fürsorgezöglinge mit und (14) erläutert an der Kontroverse zwischen Pastor *Siebold* und *Cramer* die Schwierigkeiten, welche der psychiatrischen Beurteilung des Geisteszustandes der Fürsorgezöglinge durch die jetzt mit der Pflege der Fürsorgezöglinge betrauten Kreise entgegengesetzt wird. Es ist zu hoffen, daß sich diese Schwierigkeiten noch werden heben lassen, denn bei der bisherigen Handhabung des Gesetzes ist der Erfolg zum größten Teile illusorisch. Andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, daß der Grund der Erfolglosigkeit der Fürsorgeerziehung in der krankhaften Veranlagung oder geistigen Erkrankung eines Teiles der Fürsorgezöglinge liegt. Die Verhältnisse liegen hier ganz ähnlich wie bei den Verbrechern, Vaga-

bunden und Korrigenden, bei denen die Beziehungen zwischen geistiger Anomalie und insozialem Verhalten schon lange klargestellt sind. *Wendenburg* (23).

Auch zum großen Bedauern *Tippels* (18) ist man in der ärztlichen Prüfung des Geisteszustandes der Fürsorgezöglinge noch immer nicht weitergekommen, trotzdem das FEG. nunmehr 8 Jahre in Geltung ist. Den Grund hierfür erblickt er einmal darin, daß trotz aller Anstrengungen das Bedürfnis hierfür noch nicht allseitig anerkannt ist, und daß auch die Kostenfrage eine Rolle dabei spielt. Er betont nochmals die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrolle durch wirklich sachverständige Ärzte und die Trennung der schwachsinnigen von den schwer erziehbaren Zöglingen.

In England sieht das Kindergesetz von 1908 ähnliche Maßregeln für jugendliche Kriminelle vor wie unser Fürsorgeerziehungsgesetz, indem es an Stelle der Strafe die Erziehung in Anstalten setzt. Dabei sieht es aber auch die Gefängnisstrafe für solche Zöglinge vor, die sich eines Vergehens während der Erziehung in einer Anstalt schuldig machen. Vor unserem FEG. besitzt es nach *Weygandt* den Vorzug der Einheitlichkeit; die mit Recht geforderte Mitwirkung des Arztes, besonders des Psychiaters, bei der Fürsorgeerziehung ist freilich auch in England nicht ausdrücklich gewährleistet (24).

In außerordentlich gründlicher und umfassender Weise beschäftigt sich *H. Vogt* (19) und (20) mit dem Problem der Fürsorge, Pflege und Unterbringung jugendlicher Schwachsinniger, Epileptischer und sonstiger geistig Minderwertiger. Zunächst ist die Lage der unehelichen Kinder durch Verschärfung der Alimentationspflicht und Ausdehnung der Berufsvormundschaft zu heben. Durch Einführung von Jugendgerichten, Aussonderung der zur Fürsorgeerziehung geeigneten und ungeeigneten geistig Abnormen und durch die Hilfsschulbewegung ist die Fortsetzung des Weges gegeben, auf dem wir zur Besserung in dieser Richtung gelangen können. An die Hilfsschule sind Tagesinternate und Fürsorgestellen für entlassene Hilfsschüler anzugliedern, die Anstaltspflege ist nur in bestimmten Fällen notwendig, Familienpflege zur Unterbringung von Fürsorgezöglingen, entlassenen Hilfsschülern und dauernden Unterbringung für Geistesschwache, jugendliche Epileptiker überall in erster Linie anzustreben. Die für die Epileptiker in Frage kommenden Maßnahmen, soweit sie schon in Geltung oder zu fordern sind, hat *Vogt*, der durch seine Tätigkeit beim Jugendgericht und der Zentrale für Fürsorgewesen in Frankfurt auf diesem wichtigen Gebiete ganz besonders große Erfahrung besitzt, in seinem Buche über die Epilepsie im Kindesalter (19) zusammengestellt, auf das hier ausdrücklich hingewiesen sein soll.

*Kötscher* (7) vermißt im Deutschen Reiche staatliche oder staatlich beaufsichtigte Trinkerheilstätten, in denen zwangsweise langdauernde Alkoholentziehungskuren durchgeführt werden könnten. Die Anstalten sollen aus offenen und geschlossenen Abteilungen bestehen. Die Kosten haben die Ortsarmenverbände zu tragen oder die Krankenversicherungen, doch müßte im letzten Falle die Trunksucht erst als Krankheit anerkannt werden im Sinne des Kr.-Vers.-Ges. In Zukunft soll auch der Staatsanwalt den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht stellen können, ein Trinker aber auch ohne Entmündigung zwangsweise einer Anstalt überwiesen werden dürfen. Mehr auf dem Boden der Lex lata steht *L. W. Weber*



(21) ,der in seiner Arbeit über Behandlung der Trunksucht für schwere Fälle Trinkerasyle und Irrenanstalten, nicht aber Nervensanatorien empfiehlt.

*Kalmus* (4) beklagt den Umstand, daß die österreichische Gesetzgebung nicht genug Handhaben bietet, um die Geistesgesunden vor den Geisteskranken zu schützen. Er wendet sich namentlich gegen die Ausführungen *Wiens* im *Dittrich*schen Handbuche über das österreichische Irrenrecht, die er als zu engherzig bezeichnet und nur geeignet, die Entmündigung von Geisteskranken zu erschweren, die ihre Familie infolge ihrer Krankheit malträtieren. Die Unmöglichkeit der Ehescheidung wegen unheilbarer Geisteskrankheit mißbilligt er, zumal aus solchen Ehen erfahrungsgemäß ein degenerierter Nachwuchs hervorzugehen pflegt. Auch die ungenügende Zahl von Irrenanstalten, der gänzliche Mangel eines geeigneten Irrenfürsorgegesetzes in Österreich wird von ihm gerügt sowie die Tatsache, daß es oft unmöglich ist, kriminelle Kranke, die wegen ihrer Geisteskrankheit exkulpiert sind, zu entmündigen. Die Ansicht *Wiens*, „Gemeingefährlichkeit bedingt noch nicht Wahnsinn im zivilrechtlichen Sinne", ist nach *K.* durchaus unrichtig. Auch *v. Sölder* (IV. 9.) beklagt, daß das neue österreichische Entmündigungsgesetz hier keine Abhilfe schafft.

In Frankreich geschieht die Aufnahme und Entlassung der Geisteskranken in eine Irrenanstalt noch immer nach dem alten Gesetze von 1838. Seit den sechziger Jahren haben Ärzte, Juristen, gelehrte und gesetzgebende Körperschaften wiederholt versucht, eine Abänderung des Gesetzes oder ein neues Irrengesetz zu schaffen. Bisher ist es aber beim alten geblieben. *Cossa* (IV. 3.) hat nun den Versuch gemacht, in einer umfassenden Arbeit die Grundlagen, auf denen sich ein neues Gesetz aufbauen müßte, festzustellen. Er kritisiert die Mängel des Gesetzes von 1838, schildert den Umschwung in der Irrenbehandlung, der sich seit seiner Veröffentlichung vollzogen hat, und macht dann detaillierte Vorschläge, welche das Gesetz, entsprechend den neuen Anschauungen, zu berücksichtigen hätte. Die Arbeit, deren Besprechung im einzelnen hier unmöglich ist, verdient volle Berücksichtigung, wenn sich die in ihr gemachten Vorschläge auch nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen.

## VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

### (Traumatische Psychosen.)

1. *Andernach, L.*, Beitrag zur Begutachtung von Kopfverletzungen und deren Folgen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 17. (S. 49*.)
2. *Froehlich, E.*, Zur Begutachtung der nervösen Unfallkranken. Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1908, Nr. 12.
3. *Gerlach, Fr.*, Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 144.
4. *Hallervorden, Julius*, Über Heilerfolge bei nervösen Invalidenversicherten. Ärztl. Sachv.-Ztg. (S. 50*.)



5. *Kreuser*, Zur Beurteilung krankhafter Geisteszustände nach Unfall. Württ. Ztschr. f. Rechtspfl. u. Verw. II. Jahrg., Nr. 1. (S. 48*.)

6. *Leppmann*, *F.*, Über den Einfluß der Hysterie auf die Erwerbsfähigkeit vom Standpunkte der Invalidenversicherung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med., 3. Flg., XXXVII, Suppl.-H. 2.

7. *Mendel*, *Kurt*, Über Querulantenwahnsinn und Neurasthenia querulatoria bei Unfallverletzten. Neurol. Zentralbl. Nr. 21. (S. 48*.)

8. *Pototzky*, *Karl*, Die Verwertbarkeit des Assoziationsversuches für die Beurteilung der traumatischen Neurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 521. (S. 49*.)

9. *Sachs*, *Heinrich*, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. Breslau, Preuss & Jünger. 122 S. 3 M. (S. 49*.)

10. *Sacki*, Unfall und Nervenkrankheiten. Zur Diagnose, Pathogenese und Therapie der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13 bis 15.

11. *Schwarz*, *E.*, Trauma und Lues cerebri. Mtschr. f. Unf.- u. Inv.-Wesen, Mai-Heft. (S. 50*.)

12. *Weygandt*, *W.*, Über Begutachtung im Falle von Trauma und Paralyse. Mitt. a. d. Hamb. St. Kr.-A. Bd. 9, H. 14. (S. 49*.)

13. *Windscheid*, Selbstmordversuch als Unfallfolge anerkannt. Med. Klin. Nr. 12. (S. 49*.)

14. *Windscheid*, Rentenkampfneurose als Unfallfolge abgelehnt. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24. (S. 48*.)

15. *Windscheid*, Schlaganfall als Unfallfolge abgelehnt. Mtschr. f. Unfallhlk. u. Inv.-Wesen 16. Jahrg., Nr. 11.

16. *Windscheid*, Arteriosclerosis cerebri mit angeblichen psychischen Störungen als Unfallfolge abgelehnt. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23. (S. 49*.)

17. *Windscheid*, Schlaganfall als wahrscheinliche Unfallfolge bejaht. Med. Klin. Nr. 31. (S. 49*.)

18. *Windscheid*, Der Grund vorhandener Nervenschwäche besteht in Einbildungen des Verletzten, nicht im Unfall. Med. Klin. Nr. 6. (S. 48*.)

19. *Windscheid*, Rentenkampfhysterie. Mtschr. f. Unfallhlk. u. Inv.-Wesen 16. Jahrg., Nr. 4. (S. 48*.)

20. *Windscheid*, Gehirnerweichung als Unfallfolge abgelehnt. Med. Klin. Nr. 8.
21. *Windscheid*, Simulation einer angeblichen Schwäche nach Unfall. Ztschr. f. Vers.-Med. Nr. 5. (S. 49*.)
22. *Windscheid*, Tod an progressiver Paralyse als Unfallfolge verneint. Med. Klin. Nr. 46.
23. *Windscheid*, Rentenkampfhysterie als Unfallfolge abgelehnt. Med. Klin. Nr. 1. (S. 48*.)
24. *Windscheid*, Epilepsie als Unfallfolge anerkannt. Med. Klin. Nr. 40. (S. 49*.)

Über den Zusammenhang von Unfällen mit Geisteskrankheiten, den ihnen nahe verwandten traumatischen Neurosen und mit den Folgen traumatischer Schädel- und Gehirnerkrankungen sind in diesem Jahre zahlreiche Arbeiten erschienen. Von denen, die sich im allgemeinen mit der Frage beschäftigen, seien die von *Kreuser* und von *Sachs* zunächst angeführt. *Kreuser* (3) macht darauf aufmerksam, daß Verletzungen des Gehirns und seiner Hüllen, falls sie nicht den Tod herbeiführen, zunächst überraschend schnell heilen können. Tritt der Verletzte dann in seine Tätigkeit zurück, so zeigen sich Veränderungen seines Wesens und seiner Leistungen, die meist progredient sind und namentlich durch Alkoholgenuß ungünstig beeinflußt werden. Häufig ist der mit ihnen hervortretende Alkoholismus aber auch ein Zeichen von Intoleranz, also Unfallfolge. Die Gehirnerschütterung kann akute, häufig deliriöse Zustände im unmittelbaren Gefolge haben, aber auch abnorme Zustände schaffen, auf denen später Geisteskrankheiten sich entwickeln. Schwierig ist immer der Nachweis einer traumatischen Entstehung der endogenen Psychosen, Paranoia, Melancholie und Manie, Hebephrenie, epileptischen und paralytischen Psychosen. Man darf sich aber im konkreten Falle nicht von Theorien leiten lassen, wenn einem die Frage vorgelegt wird, ob sie mit einem Unfalle im Zusammenhange stehen. *Kr.* führt Beispiele an, in denen ein solcher Zusammenhang wahrscheinlich war. Die spezifischen Einwirkungen der Kopfverletzungen auf das psychische Verhalten führen selten zum Kampf um Rente, viel häufiger zu Affektstörungen, welche die Betroffenen zu Landstreichern und Kriminellen werden läßt. Je näher das Gehirn vom Unfall selbst betroffen wird, je ausgesprochenere psychische Veränderungen sich unmittelbar anschließen, desto weniger kommt es zu traumatischen Neurosen, Simulation oder Übertreibung. Findet man bei Traumatikern querulatorische Neigungen, so ist dies eher auf das Unfallgesetz als auf den Unfall zu beziehen. *Kreuser* stimmt hier mit *Mendel* (7) überein, der diese Ansicht ganz besonders vertritt und namentlich in allen Fällen annimmt, in denen es sich um echte Paranoia querulatoria handelt. Er begründet dies durch vier Krankengeschichten, faßt die den querulierenden Unfallkranken gemeinsamen klinischen Züge zusammen und fordert Trennung der Unfallgesetzfolgen, als solche ist die Paranoia querulatoria anzusehen, von den Unfallfolgen. Die Unfallgesetzfolgen sind nach *M.* nicht entschädigungspflichtig. Dies trifft auch für die von *Windscheid* so genannte Rentenkampfhysterie zu, der sich in vier (14, 18, 19, 23)



von ihm veröffentlichten Fällen gleichfalls für die Ablehnung der im Verlaufe des Rentenstreitverfahrens auftretenden nervösen Störungen ausspricht. Eine ausgezeichnete Darstellung der Pathogenese, des Verlaufs, der Behandlung und der gegen die Unfallneurose anzuwendenden gesetzlichen Maßnahmen gibt *Sachs* (9) in seinem kleinen Buche, das jedem Praktiker warm empfohlen werden kann.

Bei leichten äußeren Verletzungen können schwere innere Veränderungen des Gehirns auftreten. *Andernach* (1) konnte dies in einem Falle, in dem nach einem Falle auf den Hinterkopf außer einem kleinen Hämatom keine weiteren Verletzungen vorhanden waren, durch die Lumbalpunktion nachweisen, die bluthaltigen Liquor zutage förderte. Der Patient erschien äußerlich geordnet, zeigte aber bei genauer psychischer Untersuchung tiefgreifende Abweichungen, starke Einengung des Bewußtseins, mangelnde Auffassungs- und Merkfähigkeit und Perseveration. Bei einem zweiten Falle trat nach oberflächlicher Stirn- und Augenlidverletzung nach einem Straßenbahnzusammenstoß 10 Tage später Netzhautablösung, $^1/_4$ Jahr später eine Neurose mit gemütlicher Depression auf, die nach 3 Jahren noch in solchem Grade bestand, daß für die Zeit nach dem Unfalle eine Geistesstörung trotz geordneten äußeren Verhaltens angenommen werden mußte. Diese Entscheidung war wichtig für die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit des Kranken in dieser Zeit, er hatte sich zunächst abfinden lassen, später aber einen Prozeß gegen die haftpflichtige Gesellschaft angestrengt.

*Pototzky* (8) glaubt, daß eine einmalige Abfindung zu empfehlen ist für solche Traumatiker, bei denen Assoziationsversuche ergeben, daß die Krankheit und Entschädigung im Mittelpunkte ihres gesamten Denkens stehen. Für Traumatiker, die mehr das Bild der Erschöpfung beim Assoziationsversuch bieten, ist die Frage, ob Abfindung oder Rente, bei der Schwere ihres Zustandes prognostisch belanglos.

Die bei Arteriosklerose auftretenden Beschwerden und die dadurch bedingte Verminderung der Erwerbsfähigkeit werden häufig mit Unfällen in Verbindung gebracht. *Windscheid* (16, 17) konnte in zwei Fällen keinen Zusammenhang zwischen Trauma und Arteriosklerose annehmen. In einem Falle wurde eine Verschlimmerung festgestellt und auch der nach mehreren Jahren eintretende Tod als Unfallfolge angesehen, aber nur deshalb, weil mangels einer Sektion ein Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden konnte. Sehr vorsichtig muß man sich über den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Unfall äußern. Bei einem Kranken, der eine Brustquetschung erlitten hatte, vor dem Unfall gesund gewesen und nachher Epileptiker geworden war, nahm *Windscheid* (24) eine Reflexepilepsie als Unfallfolge an. Einen andern Mann (21) überführte er der Simulation, bei einem Hysterikus (13), der 17 Jahre Vollrente bezogen hatte, diagnostizierte er eine „momentane Unzurechnungsfähigkeit", in der der Mann einen Selbstmordversuch gemacht hätte. Das Reichsversicherungsamt nahm diesen Suizidversuch später als Gradmesser „für die noch vorhandene Nervosität des Verletzten" an und richtete sich danach bei Festsetzung der Rente.

*Weygandt* (12) glaubt einen von vornherein ablehnenden Standpunkt einnehmen zu müssen gegenüber den Versuchen, ein psychisches Trauma als Ursache der Paralyse aufzufassen. Er kritisiert die Fälle der Literatur, welche diesen Punkt behandeln, und lehnt sie als nicht stichhaltig ab, entweder weil ein körperliches







Trauma mit ihnen verbunden war oder weil sie dem anatomischen Befunde der Paralyse widersprechen. Nach seiner ausführlich begründeten Ansicht hat das Trauma nur auf latent vorhandene Paralysen Einfluß, ist aber allein nicht imstande, eine Paralyse zu erzeugen oder bei einem früher Syphilitischen Paralyse hervorzurufen.

Ein Mann, den *Schwarz* (11) begutachtete, hatte früher an Ulcus durum gelitten, später eine Basisfraktur sich zugezogen, die zunächst von Schlafsucht, dann von Pupillenstarre und Erblindung des rechten Auges gefolgt war. Wassermann im Serum positiv. Liquor frei. Da schon vor dem Unfall Schwindel, Kopfschmerz und Störungen bestanden hatten, führte *S.* den Unfall und die ihm folgenden Symptome auf eine Lues cerebri zurück, die durch einen Schwindelanfall den Sturz des Kranken hervorgerufen hatte.

Über die Besserungsaussichten bei nervösen Invalidenversicherten berichtet *Hallervorden* (4). Von 244 im Hause Schönow behandelten Patienten waren 55% der Männer und 30% der Frauen 4 bis 7 Jahre dauernd erwerbsfähig.

## VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Brosch, Anton,* Die Selbstmörder mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. Gr. 8⁰. IX u. 192 S.
2. *Chavigny,* La débilité mentale considéré spécialement au point de vue du service militaire. Ann. d'hygien. 4, S. XI, p. 395.
3. *Danneht,* Neurasthenie und Hysterie in der Armee. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 23. (S. 51*.)
4. *Drastich, Bruno,* Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. II Teile. Wien, Josef Safar. 2. Aufl. (S. 52*.)
5. *Folly, M.,* L'hystero-traumatisme dans l'armée au point de vue medico-légal. Arch. de Med. et Pharm. milit. Nr. 10.
6. *Gerlach, R.,* Wasserscheu und Militärdienst. Allg. Ztschr. f. Psych. 66, S. 574.
7. *Haury,* Les maladies mentales dans l'armée suisse. Le Caducée IX Nr. 11.
8. *Landsbergen, Friedr.,* Pathologischer Rausch und § 51 StGB. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19. (S. 30*.)
9. *Meyer, E.,* Die Beziehungen von Geistes- und Nervenkrankheiten zum Militärdienst in Krieg und Frieden. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 6.



10. *Mönkemöller*, Zur Kasuistik der forensischen Psychiatrie in der Armee. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 3. Flg., XXXVIII, 1, S. 81. (S. 51*.)
11. *Mönkemöller*, Zur forensischen Beurteilung Marineangehöriger. Archiv f. Psych. Bd. 46, H. 1 u. 2. (S. 51*.)
12. *Raecke*, Gehorsamsverweigerung und Geisteskrankheit. 4 Gutachten. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. H. 2 u. 3. (S. 52*.)
13. *Régis*, Les fugues militaires. Le Caducée. (S. 52*.)
14. *Simonin*, *J.*, Les dégénérés dans l'armée. Ann. d'hygiène publ. et de médecin leg., Januar, S. 32.
15. *Tobold*, Les maladies mentales dans leurs rapports avec l'armée en Allemagne. Le Caducée Nr. 8, S. 103.

*Mönkemöller* hat die Krankengeschichten der in den Anstalten zu Osnabrück und Hildesheim auf ihren Geisteszustand beobachteten Armee- und Marineangehörigen in zwei Arbeiten veröffentlicht. Er verfügt über 18 Beobachtungen aus der Arme (10). Von den Beobachteten waren 8 schwachsinnig in höherem oder geringerem Grade, 3 hatten im Dämmerzustande Wanderungen gemacht, je einer litt an Hebephrenie, Degeneration mit Haftpsychose und an Hysterie. 2 andere gehörten den Grenzzuständen unklarer Genese an. Bemerkenswert ist noch, daß auch zwei ehemaligeFürsorgezöglinge sich unter den Beobachteten befanden und daß bei einem andern die sechswöchige Beobachtung keine Geisteskrankheit ergeben hatte, die nach dem weiteren Verlaufe doch als vorhanden anzunehmen war. War unter den Angehörigen der Armee der Schwachsinn stark vertreten, so zeigte sich bei den Marineangehörigen diese Krankheitsform viel seltener (11), nämlich nur in 11 von 53 Fällen. Häufig war der Alkoholismus in seinen verschiedenen Formen und in Verbindung mit andern Anomalien, je 6 Fälle stellten Hebephrenie und Hysterie, 4 waren minderwertig oder degeneriert, 3 chronische Paranoiker und 2 Epileptiker. *M.* glaubt aus dem verhältnismäßig kleinen Material keine allgemeinen Schlüsse ziehen zu dürfen, betont aber nachdrücklich die Notwendigkeit psychiatrischer Untersuchung der Militärgefangenen sowie die Unausführbarkeit der Beobachtungen in Lazaretten, die keine geeignete Unterkunft für die Arrestanten und psychisch Kranken bieten und deren Ärzte zurzeit noch nicht so weit psychiatrisch ausgebildet zu sein pflegen, daß sie unter den schwierigen äußeren Verhältnissen imstande sind, die Beobachteten genau zu beurteilen, zumal sich unter diesen eine große Zahl von Grenzzuständen findet, die selbst dem zünftigen Psychiater große Schwierigkeiten machen.

Die Neurasthenie hat nach *Dannehl*s (3) Statistik in den Jahren 1896—1906 in der Armee ganz erheblich zugenommen. Die Zahl der Fälle ist von 152 auf 538, d. h. um das $3^1/_2$fache gestiegen. Den Hauptteil dazu stellen die älteren Unteroffiziere, einen etwas geringeren Prozentsatz die Neueingestellten. Unter ihnen findet sich eine erhebliche Zahl von Einjährig-Freiwilligen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich meist um erworbene Neurasthenie, dementsprechend sind die Heli-





aussichten günstig, während bei der zweiten endogene Faktoren den Grund zur Neurasthenie bilden. Die Hysteriefälle haben sich fast in demselben Grade, um das Dreifache, vermehrt. Die Prognose quoad Dienstfähigkeit ist bei ihnen ungünstiger als bei der Neurasthenie (50:33%), viele Hysteriker werden dauernde Rentenempfänger, die psychische Infektion ist bei ihnen häufig, deshalb muß man sehr vorsichtig mit der Entlassung Hysterischer sein, um nicht bei andern die Hoffnung auf Entlassung und damit schlummernde Hysterien zu wecken.

Gehorsamsverweigerung und Achtungsverletzung sind nicht selten die ersten Zeichen von Geisteskrankheit. *Raecke* (12) veröffentlicht vier Gutachten über Marineangehörige, von denen drei geisteskrank und einer Neurastheniker war. In allen Fällen war die Krankheit im Anfange nicht erkannt, wurde aber durch die klinische Beobachtung sichergestellt. Das Kriegsgericht stellte in allen vier Fällen den Gutachten entsprechend das Verfahren ein.

*Régis* (13) vermehrt die Kasuistik der Fugues bei Soldaten durch Beispiele aus der französischen Armee.

Den österreichischen Militärärzten wird *Drastichs* (4) Leitfaden, dessen allgemeiner Teil in zweiter Auflage erschienen ist, ein guter Führer bei der Behandlung und Beurteilung der Geisteskrankheiten und der zweifelhaften Geisteszustände in der Armee sein. Das kleine Buch bringt in kürzester Form alle wichtigen Gesetzes- und Dienstvorschriften, Anleitung zur Untersuchung und zur Abgabe von Gutachten. Ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis erleichtert die schnelle Orientierung.

---

## 3. Allgemeine Psychiatrie.

### Ref. Otto Snell-Lüneburg.

1. *Abbot, E. S.* (Waverley), Forms of insanity in five years' admissions to, and discharges from, the hospitals for the insane in Massachusetts. Americ. journ. of insanity vol. 66, nr. 1, S. 111.
2. *Abraham, K.* (Berlin), Traum und Mythus. (Schriften zur angewandten Seelenkunde, H. 4.) Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke. 73 S. 2,50 M.
3. *d'Abundo, G.*, Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28 dicembre 1908 in Sicilia. Rivista italiana di Nevropatologia, Psichiatria ed Electroterapia II, fasc. 2.
4. *Allers, R.* (Prag), Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 286, 32. Jahrgang, neue Folge, Bd. 20, S. 341.
5. *Altvater, W.* (Rostock), Über klinische Versuche und Erfahrungen mit Bromglidine. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1838.

6. *Anglada, I.*, Le liquide céphalo-rachidien. Paris, I.-B. Baillère. 483 S. 10 Fr.

7. *Araky, S.* (Okayama), Zur Muskelmechanik. Ztschr. der med. Ges. zu Okayama Nr. 231.

8. *Araky S.* (Okayama), Studien über Kniereflexkurven. München, G. C. Steinicke. 1,80 M.

9 a. *Archdale, M. A.* (Beverley), Remarks on hospital (i. e. asylum) treatment of the acutely insane. Journ. of mental science nr. 230, p. 453.

9 b. *Arkin*, Über Rasseunterschiede im Bau der Großhirnhemisphären des Menschen. (Nach Untersuchungen der Furchen und Windungen an Chinesenhirnen.) Korsakoffs Journ. H. 3—4, S. 277. (S. 86*.)

10. *Aronsohn, O.* (Berlin), Oswald Alving, eine pathologisch-literarische Studie zu Ibsens „Gespenster". Halle a. S., Karl Marhold. 39 S. 1 M.

11. *Aronsohn, O.* (Berlin), Ein seltener Fall von perverser Sexualbetätigung. Deutsche med. Wschr. Nr. 4, S. 144—145.

12. *Aronsohn* (Berlin), Krankhaftes Erröten. Berl. klin. Wschr. 31.

13. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Der Schlaf im Kindesalter und seine Störungen. 23 S. 0,60 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

14. *Ashmead, A. S.* (New-York), War: an incurable mental disease. The Alienist and neurologist vol. 30, nr. 2 p. 128.

15. *Babonneix, L.*, Les traumatismes obstétricaux dans l'étiologie des encephalopathies infantiles. Gazette des hôpitaux no. 128.

16. *Baccelli, M.* (Brescia), Nuove ricerche sul potere riduttore delle urine nei malati di mente. Manicomio, ann. 25, p. 121.

17. *Bachem, C.* (Berlin), Unsere Schlafmittel (mit besonderer Berücksichtigung der neueren). Berlin, Hirschwald. 72 S.

18. *Baginsky, A.* (Berlin), Kindernervosität und nervöse Kinder. Therapie der Gegenwart H. 4 u. 5.

19. *Barbo, A.* (Pforzheim), Osteomalazie bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 180; H. 2, S. 249.

20. *Baskin, I. Longheed* (Salisbury), Insane movements and obsession. Journ. of mental science nr. 230, p. 500.

21. *Bateson*, Mendels principles of heredity. Cambridge University Press. 396 S. 12 M. (S. 87*.)



22. v. *Bechterew, W.*, Die Funktionen der Nervenzentra. Deutsche Ausgabe von *R. Weinberg*. Zweites Heft: Kleinhirn, Zwischenhirn und subkortikale Ganglien. Mit 141 Abbild. Jena, H. Fischer. 644 S. 20 M. (S. 86*.)

23. v. *Bechterew, W.* (St. Petersburg), Über halluzinatorische Erinnerungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 32. Jahrg., neue Folge, 20. Bd., S. 421.

24. v. *Bechterew, W.* (St. Petersburg), Über zwangsweise Eifersucht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, H. 6, S. 501.

25. v. *Bechterew, W.* (St. Petersburg), Die objektive Untersuchung der neuro-psychischen Sphäre der Geisteskranken. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. I. Bd., 5. H., S. 257.

26. v. *Bechterew, W.* (Petersburg), Über zwangsweise Darm- und Blasenkrisen und ihre Behandlung durch Suggestion. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 562—567.

27. *Becker, Th.* (Gießen), Über Hypnosebehandlung. Med. Klinik Nr. 34, S. 1255.

28. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Versuch zur Psychoanalyse der Nekrophobie. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. I, H. 4.

29. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Einige Versuche mit Merckschem Veronalnatrium. Therap. Monatsh. H. 8.

30. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Über einen Fall von ausgedehnter Lungen- und Bauchfelltuberkulose bei intakter Darmschleimhaut. Deutsche med. Wschr. Nr. 28.

31. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Über Meningitis als ätiologisches Moment bei Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 6, S. 989.

32. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Über einige seltenere Ursachen von Geisteskrankheiten mit spezieller Berücksichtigung der letztjährigen Veröffentlichungen. Medico Nr. 29.

33. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Blitzschlag als auslösendes Moment einer Psychose. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1536. (S. 89*.)

34. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Alkohol in der Irrentherapie. Reichsmedizinalanz. Nr. 23.

35. *Becker, Wern. H.* (Weilmünster), Ein Beitrag zur Lehre von den Störungen der Assoziation. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg., neue Folge, 20. Bd., S. 269—282.



36. *Benon, R.*, et *Froissart, P.*, L'automatisme ambulatoire. Gazette des hôpitaux no. 86, p. 1087.

37. *Benon* et *Froissart*, Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé. Journal de psychol. normale et pathol. no. 3.

38. *Benon* et *Froissart*, Fugues et pathologie mentale. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 4.

39. *Bérillon* (Paris), Le centre du réveil, interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme. Gazette des hôpitaux, 6. April.

40. *Bérillon* (Paris), Le signe de la détente musculaire. Sa valeur en clinique psychologique. Gazette des hôpitaux, 23. März.

41. *Bertoldi*, Il formiato di sodio e di ferro negli ammalati di mente e di sist. nervos. Ann. di nevrol. XXVII, fasc. 1—2.

42. *Betz, W. A.*, Charakter und psychische Degeneration. Tijdschr. voor Geneesk. I, No. 24 u. 25.

43. *Bevan-Lewis, W.* (Wakefield), On the biological factor in heredity. Journ. of mental science nr. 231, p. 591.

44. *Beyer, W.*, u. *Wittneben*, Untersuchungen über Hemmung der Kobrahämolyse durch das Serum von Geisteskranken und körperlich Kranken. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1464. (S. 92*.)

45. *Billström*, Diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion Hygiea Nr. 3.

46. *Bing, R.* (Basel), Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. Kurzgefaßte Anleitung zur klinischen Lokalisation der Erkrankungen und Verletzungen der Nervenzentren. Mit 70 Abbild. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 200 S. 6 M. (S. 86*.)

47. *Birnbaum, C.* (Buch-Berlin), Über psychopathische Persönlichkeiten. 88 S. 2,50 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 96*.)

48. *Birnbaum, K.* (Buch), Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 19.

49. *Bleuler, E.* (Burghölzli), Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 279, neue Folge, Bd. 20, S. 77.

50. *Bleuler, E.*, u. *Freud, S.* (Zürich-Wien), Jahrbuch f. psychoanalytische u. psychopathologische Forschungen (redigiert von Fr. C. G. Jung-Zürich), I. Bd., II. Hälfte. 7 M. Leipzig u. Wien 1909, Franz Deuticke.



51. *Boas, Kurt* (Berlin), Suicidium menstruale. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. I. Bd., 5. H., S. 300.

52. *Bödeker* u. *Juliusburger*, Über einen Fall von Mikrographie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 2, S. 420.

53. *Böhmig* (Dresden), Die psychischen Zwangserscheinungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 593.

54. *Bolte, R.* (Bremen), Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 650.

55. *Bolte, R.*, Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. Psych. u. neurol. Wschr. Nr. 18, S. 154.

56. *Bonhoeffer, K.* (Breslau), Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 290, S. 499.

57. *Bonhoeffer* (Breslau), Zur Frage der exogenen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 900.

58. *Bonjour, J.*, La suggestion hypnotique et la psychothérapie actuelle. 110 S. 2 fr. Lausanne, Th. Sack-Reymond. Paris, J. B. Baillère.

59. *Borel, P.*, Rêverie et délire des grandeurs. Journ. de psych. normale et pathol. no. 5, p. 408.

60. *Boruttau* u. *Mann*, Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, einschließlich der Röntgenlehre. Leipzig, W. Klinkhardt. Erster Band (von drei). 600 S. 331 Abbild. 30 M. (S. 87*.)

61. *Boschi, G.*, u. *Montemezzo, A.*, Su la ecoprassia. Rivista di psicologia applicata 5, p. 198—223.

62. *Bostroem, A.* (Gießen), Die Benennung optischer Eindrücke. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. IV. Bd., 1. H., S. 1. Halle a. S., Karl Marhold.

63. *Bouguet, H.*, Évolution psychique de l'enfant. Paris, Librairie Bloud.

64. *Bresler, J.* (Lublinitz), Über Syrupus Colae compos. „Hell". Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 9, Therap. Beilage.

65. *Bresler, J.* (Lublinitz), Sozialhygienische Kastration. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 2, S. 18.

66. *Bresler, Joh.* (Lublinitz), Sauerstoffbäder bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 45, S. 389.

67. *Brieger* u. *Krebs* (Berlin), Grundriß der Hydrotherapie. 147 S. 3 M. Berlin, Leonhard Simion Nachf. (S. 97*.)



68. *Brissaud*, Les troubles nerveux post-traumatiques. Bull. médical no. 37, p. 439 et no. 38, p. 455.

69. *Brissot*, *M. M.* (Paris), Aliénés processifs non délirants. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 2, p. 73—75.

70. *Brosch*, *A.* (Wien), Die Selbstmörder. Mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. 192 S. 7,20 Kr. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. (S. 96*.)

71. *Brückner* (Friedrichsberg), Die Psychoreaktion, nach Much u. Holzmann. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 6, S. 1086.

72. *Brückner*, *E. L.*, u. *Much*, *H.* (Friedrichsberg), Weitere Mitteilungen über die Hemmungsreaktion menschlicher Sera gegenüber Kobragift. Berl. klin. Wchschr. Nr. 33, S. 1526. (S. 94*.)

73. *Buckley*, *C. F.* (San Francisco), The Emmanuel movement and its affinities. The Alienist and neurologist vol. 30, nr. 3, p. 280.

74. *Bumke*, *Osw.* (Freiburg), Über die körperlichen Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens 68. Wiesbaden, Bergmann. 16 S. 0,60 M.

75. *Buschan*, *G.* (Stettin), Der Rechenkünstler Heinhaus. Archiv f. Anthropologie Bd. VIII, H. 1 u. 2. (Vieweg & Sohn, Braunschweig.)

76. *Buschan*, *G.*, Menschenkunde. Naturwissenschaftliche Wegweiser, Serie B, Bd. 2. Stuttgart, Strecker & Schröder. 256 S. 2 M. (S. 86*.)

77. *Calligaris*, *G.* (Rom), Nuove ricerche sulla sensibilità cutanea dell' uomo. Rivista sperim. di freniatr. vol. 35, fasc. 2.

78. *Calligaris*, *G.* (Rom), Die segmentäre Abgrenzung der Anästhesie. Mschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 5, S. 477.

79. *de Cesare*, *Liborio* (Noc. Inf.), Brevi osservazioni cliniche sulla pazzia indotta. Manicomio, ann. 25, p. 97.

80 a. *Chérif*, *A.* (Bordeaux). Étude psychologique sur l'islam. Annales médico-psychologiques 1909, no. 3, p. 353.

80 b. *Choroschko*, *W. K.*, Kinderselbstmorde. Moskau. (Russisch.) (S. 88*.)

81. *Chotzen* (Breslau), Pellotinum muriaticum als Schlafmittel. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 901.

82. *Chotzen*, *F.* (Breslau), Pellotinum muriaticum als Schlafmittel. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 27, S. 237.

83. *van der Chijs*, Zwangsvorstellungen. Tijdschr. voor Geneesk. No. 19.

84. *Cimbal*, *W.* (Altona), Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände. Eine Anleitung für Mediziner und Juristen, insbesondere für beamtete Ärzte. Berlin, J. Springer. 170 S. 3,60 M. (S. 91*.)

85. *Clarke*, Dysentery in asylum. Arch. of neur. and psych. IV.

86. *de Clérambault*, *M.*, L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression. Bull. de la soc. clin. de méd. mentale Bd. 2, H. 3.

87. *Combe* (Lausanne), Die Bekämpfung der Mikroben der Stickstofffäulnis im Darm durch Einführung von antagonistischen Mikroben. Med. Klinik Nr. 19, S. 690.

88. *Cornelius*, *A.* (Berlin), Die Nervenpunktlehre. 112 S. 3,60 M. Leipzig, Georg Thieme.

89. *Cornelius*, *A.* (Berlin), Nervenpunkte, ihre Entstehung, Bedeutung und Behandlung mittels Nervenmassage. 52 S. 2 M. Leipzig, Georg Thieme.

90. *Cornu*, *Edmond* (Marseille), Un aliéniste persécuteur. Ann. méd.-psychol. 67. Jahrg., Juli—Aug., S. 5.

91. *Coroleu*, *W.* (Barcelona), Locos ilustres: J. J. Rousseau. Revista frenopatica Española. Año 7, no. 82, p. 289.

92. *Cossa*, *S.* (Nizza), Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés. Paris, Delarue et Cie. 142 p.

93. *Cox*, *W. H.*, Voortdurings- en herhalingsverschijnselen, Permanentie en Repetitie. Psych. en neurol. Bladen 1909, No. 1.

94. *Cramer*, *A.* (Göttingen), Zur Theorie der Affekte. Festrede im Namen der Georg-August-Universität zur akademischen Preisverteilung am 17. Juli 1908. Göttingen, Dieterichsche Universitäts-Buchdruckerei.

95. *v. Cyon*, *E.*, Leib, Seele und Geist. Archiv f. d. ges. Physiol. 127. Bd.

96. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Deux cas de confusion mentale subaiguë par intoxication tuberculeuse. Revue de psych. et de psychol. expérim. no. 4, p. 187—198.

97 a. *Damaye*, *H.*, et *Mézie*, *A.* (Bailleul), Du collargol en psychiatrie. L'Encéphale no. 4. (S. 97*.)



97 b. *Damaye*, *H.*, et *Mézie*, *A.* (Bailleul), Le Collargol dans quelques affections mentales d'origine toxique. Archives de neurologie August 1909.

98. *Dana*, Zoophilpsychosis. Med. Record no. 2000.

99. *Decroly*, *M.*, L'imitation dans la psychogénèse du mouvement et du langage. Journal de neurol. (Belgique), 14e ann., no. 14.

100. *v. Delius*, *R.* (München), Jesus, sein Kampf, seine Persönlichkeit und seine Legende. München, A. Langen. 182 S. 2,50 M. (S. 84*.)

101. *Denais*, *Aug.*, Folie, dégénérescence, dépopulation. Nantes, Librairie Libacos. 91 S.

102. *Dessoir*, *Max*, Das Unterbewußtsein. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. I. Bd., 4. H., S. 193.

103. *Devine*, Suicide and automutil. Arch. of neurol. and psych. IV.

104. *Dexler*, *H.* (Prag), Klinische Untersuchungen über die sogenannte Chorea der Hunde. Deutsche tierärztl. Wschr. Nr. 22—23.

105. *D'Hollander*, *F.*, Syndrome de Ganser et délire d'interprétation. L'Encéphale 4e ann., no. 10, p. 301.

106. *Diefendorf* and *Dodge*, Ocular react. in insane. Brain nr. 123.

107. *Donkin*, *H. B.*, On the certification of mental defectives as proposed by the royal commission. The journ. of mental science vol. 55, nr. 229, p. 282.

108. *Drysdale*, Geistesstörung nach Trauma. Journ. of Amer. Assoc. nr. 14.

109. *Dubief*, *Fern.*, Le régime des aliénés. Paris, Jules Rousset. 356 p. 3,50 fr.

110. *Dubois*, *P.* (Bern), Psychologie und Heilkunst. Berl. klin. Wschr. Nr. 25, S. 1149.

111. *Dubois*, *P.* (Bern), Zur Psychopathologie der Angstzustände. Berl. klin. Wschr. Nr. 33, S. 1534.

112. *Ducosté*, *M.* (Bassens), Pages oubliées: Deux observations de Joseph Daquin, aliéniste Savoyard (1732—1815). Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale no. 12, p. 661.

113. *Dumke*, *O.*, Über den Mendel-Bechterewschen Fußrückenreflex. Inaug.-Diss. Leipzig, März 1909.

114. *Dunton*, Geisteszustand von Verkehrsbeamten. Journ. of Amer. Assoc. 26. Juni 1909.

115. *Dupouy, R.*, A propos du délire d'interprétation. Journal de psychol. normale et pathol. no. 5, p. 438.

116. *Duprat, G. L.* (Aix-en-Provence). Observations sur la mémoire chez les jeunes adolescents et les aliénés. Revue de Psych. T. 13, no. 12, p. 565.

117. *Duprat, M.* (Aix-en-Provence), Note sur l'idée fixe dans le délire mystique. Revue de Psych. T. XIII, no. 5, p. 251.

118. *Dupré*, Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation. L'Encéphale, 4e ann. no. 8, p. 117.

119. *Dupré* et *Charpentier*, Psychopolynévrites chroniques et démence. Encéphale no. 2.

120. *East, G. R.* (Northumberland), An unusual method of suicide. The journ. of mental science vol. 55, no. 229, p. 324.

121. *Ebstein, L.* (Stettin), Medinal. Münch. med. Wschr. Nr. 3, S. 136.

122. *Edinger, L.* (Frankfurt a. M.), Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems (mit 161 Abb. u. 1 Tafel). Leipzig, F. C. W. Vogel. 190 S. 6 M. (S. 86*.)

123. *Eds*, Psychotherapie. Journ. of Americ. Assoc. nr. 2.

124. *Ehlers, Heinrich*, Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät. Inaug.-Diss. Leipzig. 59 S. (S. 95*.)

125. *Ehrenberg, R.* (Göttingen), Die alimentäre Glykosurie bei Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 1, S. 1.

126. *Eichelberg* (Göttingen), Die Bedeutung der zytologischen, chemischen und serologischen Untersuchungen der Spinalflüssigkeit für die Diagnostik der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 652.

127. *Eichelberg, F.*, u. *Pförtner, O.* (Göttingen), Die praktische Verwertbarkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis f. die Diagnostik der Geistes- und Nervenkrankheiten. Mschr. f. Psych. u. Neurol. H. 6, S. 485.

128. *Eisner* und *Kronfeld* (Heidelberg), Über den von Much und Holzmann angenommenen Einfluß des Blutserums von Geisteskranken auf Kobragifthämolyse. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1527. (S. 92*.)

129. *Ellis, Havelock*, Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Deutsch von Kurella. 2. Aufl. Würzburg, C. Kabitzsch. 390 S. 4 M. (S. 89*.)

130. *Ellis, Hav.*, Mann und Weib. Eine Darstellung der sekundären Geschlechtsmerkmale beim Menschen. Übersetzt von Kurella. 2. Aufl. Würzburg, C. Kabitzsch. 556 S. 6 M. (S. 89*.)

131. *Eulenburg, A.* (Berlin), Psychotherapie und medizinische Psychologie. Sammelreferat. Med. Klinik Nr. 33, S. 1245.

132. *Evans, B. D.*, Court testimony of alienists. Americ. journ. of insanity vol. 66, nr. 1, p. 83.

133. *Ewald, W.*, Atmung Geisteskranker. Mon. f. Psych. u. Neurol. XXV, H. 3.

134. *Famenne, P.*, Prédisposition et disposition actuelle dans la pathogénie et la thérapeutique des psycho-névroses. Journ de Neurol. Nr. 7, S. 131.

135. *Farrar, Cl. B.* (Baltimore), Psychotherapy and the church. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 36, nr. 1, p. 11.

136. *Fennel*, Treatm. of mental disease. Practitioner vol. 82, nr. 4.

137. *Ferris, A. W.* (Albany), Borderland cases of insanity and the voluntary patient. Americ. journ. of insan. vol. 66, nr. 1, p. 133.

138. *Ferris, A. W.* (Albany), Italian immigration and insanity. Americ. journ. of insan. vol. 65, nr. 4, p. 717.

139a. *Filiatre*, Hypnotisme et magnétisme. Somnambulisme, suggestion et télépathie, influence personelle. 3,40 M.

139b. *Fischer, M.* (Wiesloch), Die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten. Dritter internationaler Kongreß für Irrenfürsorge in Wien, Oktober 1908. Wien, „Austria", Franz Doll. 23 S. (S. 95*.)

140. *Fischer, Ph.*, u. *Hoppe, J.*, Das Verhalten des Veronals (Veronal-Natriums) im menschlichen Körper. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 1429.

141. *Fischer, Ph.*, u. *Hoppe*, Das Verhalten organischer Arsenpräparate im menschlichen Körper. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1459.

142. *Fischer, Rich.* (Neckargemünd), Ein neuer Apparat zur Sondenernährung. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 6, S. 50. (S. 97*.)

143. *Flatau, G.* (Berlin), Die psychischen Erkrankungen der Schulkinder. Med. Klinik Nr. 23, S. 842.



144. *Fleiner, W.* (Heidelberg), Verdauungsstörungen und Psychoneurosen. Münch. med. Wschr. Nr. 10, S. 489—493.

145. *Fraenkel, C., Kathe* u. *Bierotte.* Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1461. (S. 92*.)

146. *Franchini, Gius.* (S. Servolo, Venezia), La grafica psicometrica dell' attenzione nei malati di mente. Annali di nevrologia, ann. 27, fasc. 4.

147. *Francke, Karl* (München), Ein neuer Pupillenmesser. Berl. klin. Wschr. Nr. 52, S. 2345. (S. 94*.)

148. *Freimark*, Okkultismus und Sexualität. Leipzig, Leipziger Verlag.

149. *Frenkel* (Heiden), Untersuchung des respiratorischen Gaswechsels bei Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 2, S. 429.

150. *Freud, S.* (Wien), Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Zweite Folge. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 206 S. 5 M. (S. 88*.)

151. *Freud, S.* (Wien), Die Traumdeutung. 2. verm. Aufl. Leipzig u. Wien, Deuticke. 386 S. 9 M.

152. *Freud, Sigm.* (Wien), Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 149 S. 4 M. Berlin 1910, S. Karger.

153. *Freud, S.* (Wien), Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben. Jahrb. f. psycho-anal. u. psycho-pathol. Forschung. Wien, Franz Deuticke.

154. *Frey*, Hydriatische Behandlung von Erregungszuständen. Pester med.-chir. Presse Nr. 17.

155. *Friedmann* (Mannheim), Beitrag zur Lehre von den affektiven Psychosen im Kindesalter. Allg. Ztschr. f. Pscyh. Bd. 66, H. 1, S. 183.

156. *Froehlich, E.* (Berlin), Über Gynoval, ein neues Baldrianpräparat. Deutsche med. Wschr. Nr. 36, S. 1571.

157. *Fromm, M.*, Über Diabetes und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel, Juni—Juli 1909.

158. *Fronda, Rodr.* (Noc. Inf.), Contributo clinico allo studio della associazioni morbose. Manicomio, ann. 25, p. 92.

159. *Frost, H. P.*, Neurasthenic and psychasthenic psychoses. Americ. journ. of insan., vol. 66, nr. 2, p. 259.



160. *Ganter*, *R.* (Wormditt), Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 460.

161. *Gardner*, *F.*, et *Daroillers*, *L.*, La stérilité des criminels et des dégénérés assurée par la résection des canaux déférents. La Clinique, 4e ann., no. 48, S. 753.

162. *Gaupp*, *E.* (Freiburg), Über die Rechtshändigkeit der Menschen. (Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze, I. H.) Jena, Gustav Fischer. 36 S. 1 M. (S. 87*.)

163. *Gaupp*, *E.* (Freiburg), Die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers. (Sammlung anatomischer und physiologischer Vorträge und Aufsätze, H. 4.) Jena, G. Fischer, 59 S. 1,50 M. (S. 87*.)

164. *Geißler*, *Walter* (Köln), Die Kobrareaktion (Much-Holzmannsche Reaktion). Münch. med Wschr. Nr. 31, S. 1591. (S. 93*.)

165. *Gerlach*, *R.* (Hildesheim), Hydrotherapeutische Maßnahmen in der Psychiatrie. Mtschr. f. physik.-diät. Heilmethoden I. Jahrg., 5. H., S. 291.

166. *Glikin*, *W.*, Zur biologischen Bedeutung des Lezithins. II. Mitteilung. Über den Lezithingehalt bei Degenerationen im Zentralnervensystem. Biochem. Ztschr. Bd. 19, S. 270.

167. *Göring*, *M. H.* (München), Über die Wirkung des Veronal-Natriums. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg, Nr. 24, S. 214.

168. *Grasset*, L'hypnotisme et la suggestion. 500 p. 5 fr. Paris, Doin et fils.

169. *del Greco* (Como), Delirî e mentalità collettiva. Manicomio ann. 25, p. 161.

170. *Gregor*, *A.*, u. *Hänsel*, *R.* (Leipzig-Chemnitz), Beiträge zur Kenntnis der Störung äußerer Willenshandlungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, Ergänzungsheft S. 87.

171. *Gregor*, *A.* (Leipzig), Beiträge zur Psychopathologie des Gedächtnisses. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 3, S. 218. (S. 91*.)

172. *Griffith*, *F.* (New York), Troughts on suicide. The Alienist and neurologist vol. 30, 1909, nr. 3, p. 253.

173. *Groß*, *O.*, Über psychopathische Minderwertigkeiten. 122 S. 3 M. Wien u. Leipzig, Wilhelm Braumüller.

174. *Gruber* (München), Vererbung, Auslese und Hygiene. Deutsche med. Wschr. Nr. 46, S. 1993, Nr. 47, S. 2049.



175. *v. Hansemann, D.* (Berlin), Deszendenz und Pathologie. Berlin, A. Hirschwald.

176. *Hartenberg*, Raisonnement pathologique et psychoses raisonnantes. Journal de psychologie normale et pathologique. 6[e] ann. no. 3, p. 200.

177. *Hellpach, W.*, Zur pathographischen Diagnose über C. F. Meyer. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg., neue Flg., 20. Bd., S. 426.

178. *Hendriks*, Psychische Stoornissen bij Typhus. 206 S. Utrecht, P. den Boer.

179. *Herderschee, D.*, Einige Methoden der Intelligenzprüfung, angewandt bei normalen Kindern. Psychiatr. Bladen 1909, 3.

180. *Hermann* (Galkhausen), Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 2, S. 261.

181. *Hermes, J.*, Über die im Jahre 1907 in der psychiatrischen und Nervenklinik behandelten Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss., Kiel, Juni—Juli 1909, 52 S. (S. 91*.)

182 .*Hermkes*, C. (Warstein), Über psychische Infektion. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1841. (S. 90*.)

183. *Hermkes* (Warstein), Über psychische Infektion. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 649.

184. *Herz* (Wien), Seufzerkrampf. Wien. klin. Wschr. Nr. 39.

185. *Heymann, Robert*, Moralische Idioten und deutsche Sachverständige. Straubing, Attenkofer. 30 S. 0,50 M.

186. *Higier, H.* (Warschau), Die Pathologie der hereditären Krankheiten. (Nach einem auf dem internationalen Kongreß in Budapest gehaltenen Vortrag.) Neurol. Zentralbl. Nr. 18, S. 962.

187. *Hilger, W.* (Magdeburg), Die Hypnose und die Suggestion. Ihr Wesen, ihre Wirkungsweise und ihre Bedeutung und Stellung unter den Heilmitteln. Jena, H. Fischer. 194 S. 4 M. (S. 97*.)

188. *Hirschl, J. A.*, u. *Pötzl, O.* (Wien). Über das Verhalten verschiedener menschlicher Sera und Blutkörperschen bei der Hämolyse durch Kobragift mit besonderer Berücksichtigung der Befunde bei Psychosen. Wien. klin. Wschr. v. 8. Juli, Nr. 27. (S. 93*.)



189. *Hirt, Eduard* (München), Zur Psychologie und Klinik der „Somato- und Autopsychosen". Zentrabl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg., Nr. 300, S. 922—940.

190. *Hoeflmayr, L.* (München), Gynoval, ein neues Baldrianpräparat. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 21, S. 927. (S. 97*.)

191. *Hoffmann, F.*, Psychosen bei Infektionskrankheiten. Inaug.-Diss., Bonn. 47 S.

192. *Hoffmann, Rich. Adolf* (Königsberg), Kant und Swedenborg. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 69. Wiesbaden, Bergmann. 29 S. 0,80 M.

193. *Hogg, Kate* (Callan Park-Neusüdwales), An introduction to the relation of the female pelvic organs to insanity. Verhandlungen des im Oktober 1908 zu Melbourne abgehaltenen 8. australischen Ärztekongresses S. 281.

194. *Hollander* (London), Durch Operation geheilte Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 668.

195. *Hübner, A. A.*, und *Selter, H.* (Bonn), Über die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker. Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 1183. (S. 93*.)

196. *Hüfler, E.* (Chemnitz), Die Behandlung der Geisteskranken ohne Narcotica. Mtschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 26, Ergänzungsheft, S. 178. (S. 97*.)

197. *Hughes, C. H.* (St. Louis), The error of medical emmanuelism in psychiatry. The Alienist and neurologist vol. XXX. nr. 2, p. 123.

198. *Hughes, C. H.* (St. Louis), Lecherous degeneracy and asexualization or sequestration. The Alienist and neurologist vol. 30, nr. 2, p. 166.

199. *Jach, E.* (Uchtspr.), Technik und Ergebnisse der Lumbalpunktion. Arch. f. Psych. Bd. 45, H. 3, S. 935.

200. *Jach* (Uchtspr.), Antitrypsingehalt des Blutserums bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 44. (S. 95*.)

201. *Jankau, L.* (Planegg), Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater. Eberswalde, M. Gelsdorf. 315 S. (S. 86*.)

202. *Jarotzky, Al.* (Dorpat), Der Idealismus als lebenserhaltendes Prinzip. Betrachtungen eines Arztes. Wiesbaden, J. F. Bergmann.





203. *Jentsch*, *Ernst*, Cesare Lombroso. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg., Nr. 300, S. 948.

204. *Ingegnieros*, *J.* (Buenos Aires), Psicopatologia de la duda. Rivista frenopatria española no. 84, p. 368.

205. *Jones*, *Robert* (Clayburg), The urgent necessity of helping mental convalescents. Journal of mental science nr. 230, p. 410.

206. *Jourdran* et *Fontoynont*. Le suicide chez les Malgaches. Le Progrès médical nr. 32—33.

208. *Juliusburger*, *Otto* (Steglitz), Bemerkungen zur Psychologie der Zwangsvorstellungen und Verwandtenehe. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 298, S. 830.

209. *Juliusburger*, *Otto* (Steglitz), Zur Psychotherapie und Psychoanalyse. Berl. klin. Wschr. Nr. 6, S. 248—250.

210. *Jung*, *C. G.* (Zürich), Die Bedeutung des Vaters für das Schicksal des einzelnen. Jahrbuch f. psycho-analyt. u. psychopathol. Forschungen Bd. I.

211. *Jung*, *C. G.*, Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen. I. Bd., 1. Hälfte, 7 M. Leipzig und Wien, F. Deuticke.

212. *Juschtschenko*, *A. J.* (Udjelnaja), Über die Oxydationsprozesse im Organismus der Geisteskranken und die Giftigkeit des Harns derselben. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, H. 1, S. 153—192.

213. *Kaufmann*, *Fr.* (Würzburg), Beiträge zur Kenntnis der retrograden Amnesie. Inaug.-Diss. Würzburg. 93 S. (S. 95*.)

214. *Kaufmann*, *M.* (Halle), Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels der Psychosen.

215. *Kern*, *B.* (Berlin), Das Problem des Lebens in kritischer Bearbeitung. 512 S. 14 M. Berlin, August Hirschwald.

216. *Kern*, *B.* (Berlin), Die psychische Krankenbehandlung in ihren wissenschaftlichen Grundlagen. 1,20 M. Berlin 1910, Aug. Hirschwald.

217. *Kiernan*, *J. G.* (Chicago), Limitations of the Emmanuel Movement. The Americ. journ. or clin. med. vol. 16, nr. 7, p. 741.

218. *Kiernan*, *James G.* (Chicago), Mental advance in women and race suicide. The alienist and neurol. vol. 30, nr. 4.

219. *Kiernan*, *Jas. G.* (Chicago), Is genius a sport, a neurosis or a child potentiality developed? The Alienist and Neurologist vol. 30, nr. 2, p. 169.



220. *Kiernan, J. G.* (Chicago), Is genius a sport, a neurosis or a child potentiality developed? The Alienist and Neurologist vol. 30, nr. 3, p. 262.

221. *Kirchhoff* (Schleswig), Der Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten. 17 S. 0,75 M. (Sammlung klinischer Vorträge, begr. von R. v. Volkmann. Serie XVIII, H. 6, Nr. 516.) Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

222. *Kleist, K.* (Erlangen), Über psychomotorische Erregungszustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 929.

223. *Kleist, K.* (Erlangen), Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. 309 S. 7,60 M. Leipzig, Dr. W. Klinkhardt. (S. 94*.)

224. *Klieneberger* (Breslau), Über isolierte Gehörstäuschungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 914.

225. *Knauer, A.* (Gießen), Über periodischen Mutacismus beim Reihensprechen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Neue Flg. 20. Bd., Nr. 281, S. 153—161.

226. *Knoblauch, A.* (Frankfurt a. M.), Klinik und Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems. 608 S. 28 M. Berlin, Springer.

227a. *Köppen, M.*, u. *Kutzinski, A.* (Berlin), Systematische Beobachtungen über Wiedergabe kleiner Erzählungen durch Geisteskranke. Berlin, S. Karger 1910. 229 S. 7 M. (S. 92*.)

227b. *Kopystinsky, E. A.*, Zur Kasuistik der Psychosen, die mit den politischen Ereignissen zusammenhängen. Obesrenje psychiatrii, no. 3. (Russisch.) (S. 90*.)

228. *Kraepelin* (München), Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. vollständig umgearb. Aufl. I. Bd., 676 S. 18,50 M. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. (S. 85*.)

229. *Kraepelin* (München), Über die Entartungsfrage. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 168.

230. *Krahmer* (Dalldorf-Berlin), Apraxie und Demenz. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg. 1909/10, Nr. 12, S. 109.

231. *Krause*, Über schwere nervöse und psychische Störungen nach Röntgenverbrennung. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. 14, H. 3.





232. *Kreichgauer*, *Rosa* (Freiburg i. Br.), Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg, neue Flg., 20. Bd., Nr. 299, S. 877. (S. 96*.)

233. *Kreichgauer*, *Rosa*, Zur Frage der Vererbung der Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Freiburg, November 1909.

234. *Kronthal*, *P.*, Vom Krampf. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. 46. Bd., 2. H., S. 658.

235. *v. Kunowski* (Leubus), Abwehr. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jg., Nr. 36, S. 313—318.

236. *Kutzinski* (Berlin), Ein Fall von Zwangshalluzination. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 215.

237. *Kutzinski*, *A.* (Berlin), Einige Bemerkungen über Affektstörungen. Med. Klin. Nr. 10, S. 356.

238. *Ladame*, *Ch.* (Genève), Causes et prophylaxie des maladies mentales. Extrait du quatrième rapport de la société genevoise de patronage des aliénés. Genève 1909, Albert Kündig.

239. *Lagriffe*, *L.*, „Guy de Maupassant", étude de psychologie pathologique. Annales médico-psychol. no. 2, p. 177—193. (S. 85*.)

240. *Laignel-Lavastine*, Les troubles psychiques dans les syndromes génitaux mâles. Revue de Médecine 10. III. 1909.

241. *Laignel-Lavastine*, Les troubles psychiques dans les syndromes hypophysaires. Revue de Médecine 10. III. 1909.

242. *Laignel-Lavastine* et *Rosanoff*, Glycos. aliment. et pronostic des délires. l'Encéphale nr. 4.

243. *Lange*, *C.* (Kopenhagen), Die Gemütsbewegungen, ihr Wesen und ihr Einfluß auf körperliche besonders krankhafte Lebenserscheinungen. II. Aufl. (von H. Kurella-Bonn), 94 S., 1,80 M. Würzburg 1910, Curt Kabitzsch.

244. *Lange*, *W.* (Tübingen), Die Psychose Maupassants. Ein kritischer Versuch. Leipzig, J. A. Barth. 18 S. 0,60 M.

245. *Lange*, *Wilhelm* (Tübingen), Hölderlin, eine Pathographie. Stuttgart, Ferdinand Enke. 223 S. (S. 84*.)

246. *Lange*, *W.* (Tübingen), Konrad Ferdinand Meyer, eine pathographische Skizze. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. H. 6, S. 209—214.

247. *Lange*, *Wilh.*, Die Psychose Maupassants. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 296, S. 799. (S. 85*.)

248. *Laquer, B.* (Wiesbaden), Medizin und Überkultur. Ztschr. f. Psychother. Bd. 1, H. 2.

249. *Lavrand, H.* (Lille), Rééducation physique et psychique. Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie, herausg. von Meunier, Bd. 13. Paris, Bloud & Co. 121 S. 1,50 fr.

250. *Leblond*, La démonopathie dans l'histoire. La Chronique méd. 15. XI. 1909.

251. *Lechner, K.* (Kolozsvár), Die klinischen Formen der Schlaflosigkeit. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 118 S. 2,50 M. (S. 87*.)

252. *Leeper, R. R.* (Dublin), Some suggestions as regards the origin of modern psychiatric ideas, together with a note of some cases of mania apparently due to microbic infection. Journ. of mental science nr. 230, p. 509.

253 a. *Legrain* (Ville Evrard), De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. Ann. méd.-psych. tome 67, Juli-August, p. 69.

253 b. *Lehmann* (Friedrichsberg), Trauma und Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, H. 4, S. 291, H. 5, S. 446. (S. 89*.)

254. *Leitao da Cunha, Raul*, et *Vianna, Ulysse* (Rio de J.). Contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses et mentales. Ann. médico-psych. Jahrg.67 Juli-Aug., p. 39. (S. 94*.)

255. *Lener, Francesco* (Nocera Inf.), Le malattie mentali e le correnti migratorie nell' Italia meridionale. Manicomio, ann. 25, p. 177.

256. *von Leonowa-von Lange, O.* (München), Zur pathologischen Entwicklung des Zentralnervensystems. Archiv f. Psych. und Nervenkrankh. Bd. 45, H. 1, S. 77—91.

257. *Leroy* et *Fassou*, Délire d'interprétation chez les deux sœurs. Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment. no. 6, p. 209—220.

258. *Lessa, Gustavo* (Rio), Sobre alguns reflexos no pithiatismo. Archivos Brasileiros de psychiatria, neurologia e medicina legal ann. 5, no. 1—2, p. 162.

259. *Levi, E.* (Florenz), Ein neuer vervollkommneter Clonograph und seine Anwendungsweise. Neurol. Zentralbl., Nr. 8, S. 414 bis 420.



260. *Levy*, *P. E.*, Die natürliche Willensbildung. Übersetzt v. M. Brahn. 2. Aufl. Leipzig, R. Voigtländer. 205 S. 2 M. (S. 97*.)

261. *Lewandowsky*, *M.* (Berlin), Entwicklung der neurologischen Therapie. Therap. Mtschr. Nr. 6.

262. *Lewin*, *L.*, Furcht und Grauen als Unfallursache. Berl. klin. Wschr. Nr. 43, S. 1921. (S. 90*.)

263. *Lewy*, *Fritz Heinr.* (Breslau), Die Hervorrufung des Babinskischen Phänomens durch elektrische Reizung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, Nr. 1, S. 28.

264. *Lewy*, *Fritz Heinr.* (Breslau), Das Babinskische und verwandte Phänomene. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, Ergänzungsheft S. 55.

265. *Loewenfeld*, *L.* (München), Über traumartige und verwandte Zustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 291, S. 539.

266. *Loewenfeld*, *L.* (München), Über die Dummheit. 339 S. 5 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

267. *Loewenstein*, *J.* (Obernigk), Ein Beitrag zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 582.

268. *Löwy*, *Max* (Marienbad), Die Aktionsgefühle: Ein Depersonalisationsfall als Beitrag zur Psychologie des Aktivitätsgefühles und des Persönlichkeitsbewußtseins. Prager med. Wschr. 33, Nr. 32, S. 443, 1908.

269. *Lomer* (Blankenhain), Ein psychiatrisches Nachrichtenbureau? Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 21, S. 177.

270. *Luther* (Lauenburg), Klinische Beiträge zur Frage des Degerativen-Irreseins. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 6, S. 949.

271. *Mabille*, *R.*, Les aliénés militaires à l'asile de Lafond pendant une période de dix années. Le Caducée, 9[e]ann., no. 19, p. 257.

272. *Mac-Auliffe*, *Léon*, L'oreille et ses stigmates de dégénérescence. La Clinique 5. XI. 1909.

273. *Mannich*, *C.* u. *Rosemund*, *K. W.* (Berlin), Zur Theorie der Wirkung von Schlafmitteln. Therap. Mtsh. Dezember 1909.

274. *Major*, *Gustav*, Über psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. I. Bd., 4. H., S. 222.

275. *Marcinowski*, *J.* (Haus Sielbeck a. Uklei), Zur Frage der infantilen Sexualität. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 927.

276. *Marie*, *A.* (Villejuif), Les dégénérescences auditives. Biblioth. de psychol. expérim. et de métapsychie Bd. 12. Paris, Bloud & Co. 109 Seiten.

277. *Marie*, *A.*, Sur le chimisme de la substance cérébrale des aliénés. Arch. de Neurol. 31 ann., II. septembre, p. 147.

278. *Marie*, *A.* (Villejuif), Le contrôle de Wassermann et le traitement des accidents parasyphilitiques. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 34, S. 297—301.

279. *Marie*, *A.* (Villejuif), La psychologie morbide collective. Paris Masson. 2,50 fr.

280. *Marie*, *A.* et *Martial*, *R.*, Travail et folie. Paris, Librairie Bloud.

281. *Martini*, *Gaetano* (Arezzo), Sulle dimissioni precoci degli alienati., Note e Riviste di Psichiatria 3. S., Bd. 2, no. 3.

282. *Martius*, *Friedr.* (Rostock), Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Wien, Fr. Deuticke. 48 S. 1 M. (S. 85*.)

283. *Martius*, *Fr.* (Rostock), Pathogenese innerer Krankheiten. IV. H.: Das pathogenetische Vererbungsproblem. Wien, Franz Deuticke. 142 S. 3 M.

284. *Massalongo*, Les maladies nerveuses familiales. Archives générales de Médecine vol. III, p. 129—140.

285. *Massar Bey* (Stambul), Zur Pathogenese der Geistes- und Nervenkrankheiten im Orient. Deutsche med. Wschr. Nr. 18, S. 805—806

286. *Mayer*, *Herm.* (Tübingen), Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Inaug.-Diss., Tübingen.

287. *Meige*, *Henry* (Paris, 10. rue de Seine), Les fous dans l'art. Iconographie de la Salpêtrière 22e ann., no. 1, p. 97.

288. *Mermagen*, *C.* (Herrenalb), Was jeder von der Wasserbehandlung wissen sollte. Stuttgart, F. Enke. 71 S. 1,20 M. (S. 97*.)

289. *Merzbach*, *G.* (Berlin), Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Wien u. Leipzig, Alfr. Hölder. 470 S. (S. 96*.)

290. *Merzbacher*, *L.* (Tübingen), Gesetzmäßigkeiten in der Vererbung und Verbreitung verschiedener hereditär-familiärer Erkrankungen. Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiol. 6, H. 2.

291. *Meyer*, *Adolf* (New York), After-care and prophylaxis. State hospital bull., März 1909.



292. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 402—406.

293. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Psychische Erkrankungen bei Eisenbahnbediensteten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13, S. 257.

294. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Über psychische Ursachen geistiger Störungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 5, S. 189—191. (S. 90*.)

295. *Meyer*, *S.* (Danzig), Zum Traumproblem. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol der Sinnesorg. Abt. I, Bd. 53, S. 206.

296. *Meyer*, *S.* (Danzig), Zur Pathologie des Hungergefühls. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, Ergänzungsh. S. 232.

297. *Mignard*, *M.*, La joie passive. Paris, F. Alcan.

298. *Mignard*, *M.* (Villejuif), Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Revue de psych. no. 7, p. 387.

299. *Mingazzini*, *G.* (Rom), Osservazioni morfologiche sul nucleo dell' ipoglosso dell' uomo e dei primati. Archivio di fisiologia vol. VII, 1909.

300. *Minor*, *L.* (Moskau), Einige statistische Angaben über die Erkrankungen des Nervensystems im russischen Heere während des russisch-japanischen Krieges (nach Beobachtungen an heimgekehrten Verwundeten und Kranken). Neurol. Zentralbl. Nr. 16, S. 854.

301. *Modena*, *Gust.* (Ancona), Psicopatologia ed etiologia dei fenomeni psiconeuratici. Rivista speriment. di freniatria vol. 35, fasc. 2—3, p. 657.

302. *Mörchen*, *Friedr.* (Ahrweiler), Beiträge zur Methodik der Sonderernährung bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13.

303. *Mohr*, *Fr.* (Koblenz), Die Beziehungen zwischen „Überredung" und „Suggestion". Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 14, H. 5—6, S. 202.

304. *Mohr*, *Fr.* (Koblenz), Die Bedeutung des Psychischen in der inneren Medizin. Med. Klin. Nr. 32, S. 1210.

305. *Moll*, *A.* (Berlin), Das Sexualleben des Kindes. Berlin, Walther. 313 S. 6,50 M.

306. *Mondio*, *G.* (Messina), Le psicopatie nella città e provincia di Messina. Manicomio ann. 25, p. 187. (S. 95*.)

307. *de Montet*, *Ch.* (Ermatingen), Assoziationsexperimente an einem kriminellen Fall. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform. 6. Jahrg., 1. H., S. 37—47.



308. *Morgan*, *C. Lloyd* (Bristol), Instinkt und Gewohnheit (Autoris. deutsche Übers. von Maria Semon). 396 S. 5 M. Leipzig u. Berlin, B. G. Teubner.

309. *Moses*, *Arth.*, Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psichiatria. Archivos Brasileiros de Psichiatria, Neurologia e Medicina legal ann. 5, no. 1—2, p. 32.

310. *Mosher*, *J.* (Albany), A consideration of the need of better provision for the treatment of mental disease in its early stage. Americ. journ. of insanity vol. 65, no. 3, p. 499—508.

311. *Much*, *Hans* (Hamburg), Immunität und Immunitätsreaktionen. 6 Vorlesungen für praktische Ärzte. (Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. 9, H. 1.) Hamburg, L. Voß. 66 S. 2 M.

312. *Much*, *H.* u. *Holzmann*, *W.* (Hamburg-Eppendorf), Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 20, S. 1001. (S. 92*.)

313. *Müller*, *E. H.* (Zürich), Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschließenden Erörterungen. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jg. 1909/10, Nr. 12, S. 105.

314. *Müller de la Fuenta*, *H.* (Schlangenbad), Über Suggestibilität bei klinischen Symptomen. Deutsche Med.-Ztg. Nr. 32.

315. *Muskens*, *L. J. J.* (Amsterdam), Prodromal motor sensory and other symptoms and their clinical significance. Epilepsia 1° ann., fasc. 1, p. 61.

316. *Myers*, *C. V.* (Middetown Conn.), The cerebrospinal fluid in certain forms of insanity, with special reference to the content of potassium. The journ. of biological chemistry vol. 6, no. 2.

317. *Myers*, *V. C.* and *Fischer*, *J. W.* and *Diefendorf*, *A. R.* (Connecticut), The question of autointoxication in acute depressive psychosis. Americ. journ. of insan. vol. 65, no. 4, p. 607.

318. *Näcke*, *P.* (Hubertusb.), Der Tabak in der Ätiologie der Psychosen. Wien. klin. Rdsch. Nr. 48—50. (S. 91*.)

319. *Näcke*, *P.*, Über die Pollutio interrupta. Münch. med. Wschr. Nr. 34.

320. *Näcke*, *P.* (Hubertusburg), Echte, angeborene Homosexualität und Pseudohomosexualität. Deutsche med. Wschr. Nr. 34, S. 1477.

321. *Näcke*, *P.* (Hubertusburg), Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen. Neurol. Zentralbl. Nr. 5, S. 226—234. (S. 98*.)

322. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Noch einige Bemerkungen zur sexuellen Abstinenz. Sexualprobleme, Ztschr. f. Sexualwissensch. u. Sexualpol. 5. Jahrg, 2. H., S. 113—120. (S. 89*.)
323. *Neumann* (Karlsruhe), Über psychogene Bulimie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1., S. 181.
324. *Nissl v. Mayendorf* (Leipzig), Über die kataleptische Starre. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 703.
325. *Nitsche*, *Schlimpert* u. *Dunzelt* (Dresden), Die Muchsche Hemmungsreaktion bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 41. S. 2101. (S. 93*.)
326. *Noehte* (Breslau), Abkühlungsreaktion an einem Kranken mit zentraler Lähmung des rechten Fußes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 211.
327. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Arbeiten aus dem „Neurol. Institut“ an der Wiener Universität 17. Bd., 3. H., 7 M. Leipzig u. Wien 1909, Fr. Deuticke.
328. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Die Sinnestäuschungen. (Dittrichs Handbuch d. ärztl. Sachv.-Tätigkeit.) Wien u. Leipzig 1909, Wilhelm Braumüller.
329. *Oekonomakis*, *M.* (Athen), Über einige Heilerfolge der Arbeitstherapie. 6 S. (Dritter intern. Kongreß f. Irrenfürsorge. Wien, 7.—11. X. 1908.) Wien 1909, „Austria“, Franz Doll. (S. 97*.)
330a. *Omorokow*, *L. J.*, Über die günstige Einwirkung interkurrenter Infektionskrankheiten auf den Verlauf einiger Psychosen. Obesrenje psychiatrii no. 4 u. 5 (russisch). (S. 95*.)
330b. *Omorokow*, *L.* (Petersburg), Über die Ablenkung der Kobragifthämolyse bei Geisteskrankheiten. Berl. klin. Wschr. Nr. 41, S. 1840. (S. 93*.)
331. *Oppenheim*, *Herm.* (Berlin), Zur Psychopathologie der Angstzustände. Berl. klin. Wschr. Nr. 28, S. 1293.
332. *Oppenheim*, *H.* (Berlin), Psychotherapeutische Briefe. 3. unveränd. Aufl. Berlin, 1910, S. Karger. 56 S. 1,20 M.
333. *v. Ossipow*, *V. P.* (Kasan), Über das photographische laute Lesen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 4, S. 320—327. (S. 94*.)
334. *Padovani*, *E.* (Ferrara), Ricerche statistiche intorno ad alcuni rapporti etiologici nelle malattie mentali. Note e reviste di psichiatria vol. II, no. 4. (S. 89*.)



335. *Padovani*, *E.* (Ferrara), Su l'azione ipnotica e sedativa del Bromural. Note e reviste di psichiatria vol. II, no. 3. (S. 98*.)

336. *Pailhas*, Délire de systématisation. L'Encéphale no. 6.

337. *Pelman*, *C.* (Bonn), Psychische Grenzzustände. Bonn, Fr. Cohen. 314 S. 6 M. (S. 86*.)

338. *Peterson*, *Fr.* u. *Scripture*, *E. W.* (New York), Psychophysische Untersuchungen mit dem Galvonometer. Münch. med. Wschr. Nr. 48, S. 2476.

339. *Pfister*, *O.*, Pfarrer (Zürich), Wahnvorstellung und Schülerselbstmord. Schweiz. Bl. f. Schulgesundheitspfl. u. Kinderschutz 1909, Nr. 1.

340. *Pförringer*, *O.* (Göttingen), Zum Zusammenhang zwischen Nervosität und Psychose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, H. 3, S. 216.

341. *Pförringer*, *O.* (Göttingen), Über den Zusammenhang zwischen Nervosität und Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 653.

342. *Pförringer*, *O.* u. *Landsbergen*, *Fr.* (Göttingen), Die Kobragifthämolyse bei Geisteskranken. Berl. klin. Wschr. Nr. 36, S. 1643. (S. 93*.)

343. *Piazza*, *A.*, Ein Fall von erworbener totaler rechtsseitiger Hypertrophie des Körpers. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1909, H. 6, S. 497.

344. *Pick*, *A.* (Prag), Bemerkungen über das Realitätsurteil von den Halluzinationen. Neurol. Zentralbl. Nr. 2, S. 66.

345. *Pick*, *A.* (Prag), Über das Sprachverständnis. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

346. *Pick*, *A.* (Prag), Psychiatrie und soziale Medizin. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 9.

347. *Piéron*, *H.*, L'antropologie psychologique, son objet et sa méthode. Revue de l'Ecole d'Antropologie de Paris 1909, IV, p. 113—127.

348. *Pighini*, *G.* (Reggio-Emilia), Sur une certaine forme réticulaire de précipitation de la substance nerveuse et sur les structures de précipitation de différents tissus organiques. Arch. italiennes de Biologie vol. 50, fasc. II.

349. *Pighini*, *Giac.* (Reggio-Emilia), Cholésterine et Réaction de Wassermann. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, neue Flg., Bd. 20.



350. *Pighini, Giac.*, Über den Cholesteringehalt der Lumbalflüssigkeit einiger Geisteskrankheiten. (Progr. Paralyse, Epilepise, Dement. praecox.) Hoppe-Seylersche Ztschr. f. physiol. Chemie, Bd. 61, H. 6, S. 508.

351. *Pighini, G.*, Sulle precipitazioni della sostanza nervosa. Rivista speriment. di Freniatria 1909, vol. 35, p. 424—430.

352. *Pilcz, A.* (Wien), Anfangsstadien einiger Formen von Geisteskrankheit. Wien. med. Wschr. Nr. 7 u. 8.

353. *Pilcz, A.* (Wien), Psychische Zwangsvorgänge. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 37.

354. *Pilcz, A.* (Wien), Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. II. Aufl. 294 S. 6,80 M. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. (S. 86*.)

355. *Pilcz, A.* (Wien), Die Verstimmungszustände. 44 S. 1,25 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (S. 87*.)

356. *Pilf*, Ein eigenartiger Fall von Fetischismus. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 16.

357. *Plaut, F.* (München), Über die von Much und Holzmann beschriebene Kobragiftreaktion bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1531. (S. 93*.)

358. *Plönies, W.* (Dresden), Reflektorische, toxische Herzstörungen und Herzschwäche bei Magenerkrankungen. (Sonderabdruck a. d. Vhdlgn. des Kongr. f. innere Med. 1909.) Wiesbaden, J. F. Bergmann.

359. *Plönies, W.* (Dresden), Die ursächlichen Beziehungen der Magenkrankheiten, ihrer Folgezustände, Anämie und Unterernährung zu den Depressionszuständen mit Berücksichtigung des Wesens und der Therapie derselben. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, H. 5, S. 402. (S. 90*.)

360. *Polimanti*, Recherches sur la sensibilité de la conjonctive. Journ. de psychol. normal et pathol. 6e ann., no. 2, März-April, S. 124—130.

361. *Pöppel, M.* (Würzburg), Haben Geisteskranke andere Schädel als Nichtgeisteskranke? Inaug.-Diss. Würzburg, Januar 1909.

362. *Puckner* u. *Hilpert*, Veronalnatrium und Medinal. Journ. of Americ. Assoc. nr. 4.

363. *Raebiger, A.* (Viktoria in Kamerun), Psychose und Induktionspsychose. Deutsche med. Wschr. Nr. 25, S. 1094. (S. 91*.)



364. *Raecke*, *J*. (Kiel), Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. II. verm. u. verb. Aufl. 182 S. 3 M. Berlin, 1910, Aug. Hirschwald. (S. 86*.)

365. *Rank*, *O*. (Wien), Der Mythus von der Geburt des Helden. Versuch einer psychologischen Mythendeutung. (Schriften zur angew. Seelenk., herausg. von Prof. Freud, V. H.) Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 93 S. (S. 87*.)

366. *Rasch*, *Chr*. (Neckargemünd), Zur Sonderernährung Geisteskranker. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 37, S. 323.

367. *Reck*, *Jos*., Der Selbstmord in Bamberg im letzten Dezennium. Bamberg, Handelsdruckerei u. Verlagshaus. 52 S. 1,50 M.

368. *Regensburg*, *J*., Beitrag zur Ätiologie der Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Berlin, August 1909. 46 S. (S. 91*.)

369a. *Régis*, *E*. (Bordeaux), Précis de psychiatrie. Paris, Octave Doin et fils.

369b. *Rehm*, *O*. (Dösen), Die Ergebnisse der Untersuchung von Kindern manisch-depressiver Kranken. Ztschr. f. Erforsch. u. Bhdlg. d. jugendl. Schwachsinns. Bd. 3, H. 1, S. 1. (S. 96*.)

370. *Rehmke*, *J*. (Greifswald), Die Seele des Menschen. 3. Aufl. Leipzig, Teubner. 132 S. 1,25 M. (S. 87*.)

371. *Reichardt*, *M*. (Würzburg), Zur Lehre vom Muskelsinn. Eine Entgegnung. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Würzburg IV. H. S. 117—134. Vrel. G. Fischer, Jena.

372. *Reichardt*, *M*. (Würzburg), Schädel und Gehirn. I. Teil. Der Schädel. Arbeiten aus der psych. Klinik zu Würzburg IV. H., S. 1—116. 3,50 M. Verl. G. Fischer, Jena.

373. *Rémond*, *A*, (Toulouse), Précis des maladies mentales. II. Aufl. Paris, de Rudeval.

374. *Ribot*, La mémoire affective et l'expérimentation. Journ. de Psychol. normale et pathol. no. 4, p. 289.

375. *Ribot*, *Th*., La conscience affective. Revue Philosophique no. 4, p. 375.

376. *Rieger*, *C*. (Würzburg), Über Apparate in dem Hirn. Arbeiten aus d. psych. Klinik zu Würzburg, herausg. von M. Reichardt, V. H. Jena 1909, Verl. von G. Fischer.

377. *Riera*, *Joaquin Gimeno*, El delirio de interpretación. Revista frenopatica Española no. 81, p. 272.



378. *Riera, J. G.* (Zaragoza). El delirio de interpretación. Revista frenopatica Española 1909, no. 83. p. 333.

379. *Risch, B.* (Eichberg). Allgemeinerkrankung und Psychosen. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. 29. Bd., H. 2—3.

380. *Risch, B.* (Eichberg), Zur Kasuistik der Schlafzustände. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 2, S. 110—121.

381. *Rodriguez-Morini, A.* (Barcelona), Notas sobre la acción terapeutica del haschisch. Revista frenopatica Española no. 77, p. 142.

382. *Rouges de Fursac, J.*, L'hérédité dans l'avarice. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 3, Mai-Juni.

383. *Rogues de Fursac, J.*, Manuel de psychiatrie. 3. Aufl. Paris, F. Alcan. 367 p.

384a. *Rondoni, P.*, Beitrag zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns. Arch. f. Psych. Bd. 45, H. 3.

384b. *Rosanoff, A. J.*, The Much-Holzmann serum reaction in insanity. Archives of internat. medicine, vol. 4, p. 105. (S. 94*.)

385. *Roscoc, H.*, Eine durch einen Bazillenträger verursachte Typhusepidemie. Lancet 16. X. 1909.

386. *Ross, Chisholm* (Sydney). The treatment of the insane in private practice. Verhdlgn. des im Okt. 1908 zu Melbourne abgehaltenen 8. austral. Ärztekongr. S. 250.

387. *Ross, S. M.* (Huddersfield), Menstruation in its relationship to insanity. The journ. of ment. science vol. 55, nr. 229, p. 270.

388. *Rouge, C.* (Limoux), Psychoses grippales et psychoses catarrhales. Annales médico-psychol. nr. 2, p. 194. (S. 95*.)

389. *Rüdin, E.* (München), Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. 151 S. München, C. Wolf & Sohn. (S. 89*.)

390. *Rühl, K.* (Turin), Cesare Lombroso. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 51, S. 2645.

391. *Runze, G.* (Gr.-Lichterfelde), Religion und Geschlechtsliebe. 52 S. 1 M. Halle a. S., Carl Marhold.

392. *Russel, A. E.*, Einige Störungen der Zirkulation im Gehirn und ihre klinischen Äußerungen. The Lancet Nr. 4466—4468.

393. *Sabouraud, R.*, Trichomanie et trichophobie. La Clinique 1909, 4[e] ann., no. 48, p. 760.



394. *Sadger*, *J.* (Wien-Gräfenberg), Zur Ätiologie der konträren Sexualempfindung. Med. Klin. Nr. 2, S. 53.

395. *Sala*, *G.* (Pavia), Über die Regenerationserscheinungen im zentralen Nervensystem. Anatom. Anz. Bd. 34, 1909. Verlag von G. Fischer, Jena.

396. *Salerni*, *A.* (Verona), Contributo allo studio della pazzia morale. Manicomio, ann. 25, p. 25.

397. *Sartorius*, *R.* (Aplerb.), Zur Kasuistik des induzierten Irreseins. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 1398.

398. *Schäfer*, *Heinr.* (Wernigerode), Psychiatrie und Fürsorgereziehung. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 1234.

399. *Schaffer*, Technik der hypnot. Behandlung. Ztschr. f. Psychoth. I. H. 2.

400. *Schaikewitsch* u. *Kahljugin*, Cholera und Geisteskrankheiten. Russk. Wratsch no. 15.

401. *Schepelmann*, *E.* (Halle), Über Brompräparate und Sabromin. Deutsche med. Wschr. Nr. 50, S. 2210. (S. 98*.)

402. *Schleyer*, *W.* (Hannover), Bäder und Badeanstalten. Leipzig, C. Scholtze (W. Junghans).

403. *Schlub*, *H. O.* (Tréfargier), Über Geisteskrankheit bei Geschwistern. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 3—4, S. 514.

404. *Schmidt*, *Paul* (Sorau), Zur Periodenlehre Swobodas. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 8, S. 53.

405. *Schröder* (Breslau), Anatomische Befunde bei einigen Fällen von akuten Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 203.

406. *Schultz*, *J. H.* (Frankfurt), Untersuchungen über die Much-Holzmannsche Psychoreaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 30, S. 1528. (S. 93*.)

407. *Schultze*, *E.* u. *Knauer*, *A.* (Greifswald), Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 759.

408. *Schwalbe*, *J.* (Berlin), Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Gr. 8⁰. 26 M. Stuttgart 1909. Verl. von Ferd. Enke.

409. *Sciuti*, Sintom. di Kernig nell mal ment. Ann. di nevrol. 27, fasc. 1—2.

410a. *Seiffer*, *W.* (Berlin), Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken. Med. Klin. Nr. 38, S. 1445.



410b. *Seletzky, W. W.*, Anomalien der Zehen als Degenerationszeichen. Sowremennaja psychiatria. Nr. 11 (russisch). (S. 96*.)

411. *Seligmann, S.* (Hamburg), Der böse Blick und Verwandtes. Ein Beitrag zur Geschichte des Aberglaubens aller Zeiten und Völker. Berlin, H. Barsdorf, 1910. 2 Bde. 406 u. 526 S. 240 Abbild. 12 M. (S. 88*.)

412. *Semelaigne, R.*, Pierre-Louis Pinel. Annales médico-psychol. 67. ann., no. 2, p. 207.

413. *Sérieux, P.* et *Capgras, J.*, Le Délire d'interprétation. Revue scientifique 18. IX. 1909.

414. *Sérieux, P.* et *Capgras, J.*, Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation. 392 p. Paris, F. Alcan.

415. *Shaw, T. Claye* (London), The clinical value of consciousness disease. Journ. of ment. science no. 30, p. 401.

416. *Sichel, Max* (Frankfurt), Die Geistesstörungen bei den Juden. Leipzig, M. W. Kaufmann. 81 S. 2 M.

417. *Sichel, M.* (Frankfurt), Psychiatrisches aus der Literatur und Geschichte des jüdischen Volkes. Neurol. Zentralbl. 1909, Nr. 5, S. 237.

418. *Sidis, B.* (Boston), An experimental study of sleep. 106 p. Boston, 1909, Richard G. Badger.

419. *Sidis, B.* and *Kalmus, H.* (Brookline), A Study of galvanometric deflections due to psycho-physiological processes. The psychological Review vol. 15, no. 5, vol. 16, no. 1.

420. *Siemerling, F.* (Kiel), Über nervöse und psychische Störungen der Jugend. Berlin, Hirschwald. 30 S.

421. *Sierau*, (Friedrichsberg), Zur Frage der Induktionspsychose. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 51, S. 2258. (S. 91*.)

422. *Skliar, N.* (Tambow, Rußland), Zur Kritik der Lehre Freuds über die Zwangszustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, Bd. 20, Nr. 278, S. 41—45.

423. *Skliar, N.* (Tambow), Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 2, S. 278.

424. *Smith, Eustace*, Über den Gebrauch von Opium. British med. Journ. no. 2553.

425. *Sollier, P.* (Boulogne), Le volontarisme. Revue philosophique 1909, no. 7, p. 1.



426. *Sollier, P.* (Boulogne-sur-Seine), Le Doute. Paris, Felix Alcan, éditeur.

427. *Sommer, R.* (Gießen), Lombroso †. Deutsche med. Wschr. Nr. 48, S. 2129.

428. *Specht* (München), Zur Theorie der Ideenflucht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 165.

429. *Sprenger* (Stettin), Antiphone. Berl. klin. Wschr. Nr. 19.

430. *Stegmann, A.* (Dresden), Arbeit als Kurmittel in der Psychotherapie. Fortschr. d. Med. 1909, Nr. 11 u. 12.

431. *Steiner*, Hypnot. Suggestion. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 13—15.

432. *Stekel, W.*, Keuschheit und Gesundheit. 47 S. 1 M. Wien, P. Knepler.

433. *Stekel, W.* (Wien), Was am Grund der Seele ruht..... Bekenntnisse eines Seelenarztes. Wien, P. Knepler. 176 S. 3 M.

434. *Stekel, W.* (Wien), Dichtung und Neurose. Bausteine zur Psychologie des Künstlers und des Kunstwerkes. 73 S. 2 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

435. *Stieda*, Psychische Ursachen der Geisteskrankheiten. Petersb. med. Wschr. 1909, Nr. 14.

436. *Stier, E.* (Berlin), Studien über Linkshändigkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1909, Bd. 25, H. 5, S. 408.

437. *Stierlin, E.* (Zürich), Über die psycho-neuropathischen Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières am 10. März 1906. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, Ergänzungsh. S. 185. (S. 90*.)

438. *Stierlin, E.*, Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrières unter eingehender Berücksichtigung der ursächlichen Momente mit vergleichenden Beobachtungen über die Katastrophe von Hamm und das Erdbeben von Valparaiso und Süditalien. 6 M. Berlin 1909, S. Karger.

439. *Stilling, E.* (Straßburg), Untersuchungen zur Muchschen Hemmungsreaktion. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 51, S. 2630.

440. *Storch, H.*, Psychische und nervöse Störungen nach Selbstmordversuch durch Erhängen. 12 S. Inaug.-Diss., Kiel 1909.

441. *Stransky, E.*, Bemerkungen zur Intelligenzprüfung. Wien. med. Wschr. Jahrg. 59, Nr. 5—7. (S. 92*.)

442. *Strasburger, Julius* (Bonn), Einführung in die Hydrotherapie und Thermotherapie. Jena, G. Fischer. 268 S. 6 M. (S. 97*.)





443. *Sulzer*, *Karl* (Tübingen), Beitrag zur Lehre vom moralischen Irresein. Inaug.-Diss. Tübingen 1909.

444. *Surbled*, *G.*, Die Moral in ihren Beziehungen zur Medizin und Hygiene. II. Bd. Das geistig-sinnliche Leben. Übersetzt n. d. 10. Aufl. der franz. Ausg. v. Alb. Sleumer. Hildesheim, F. Borgmeyer. 205 S. 2,50 M.

445. *Tamburini*, *A.*, Cesare Lombroso. Rivista Speriment. di Freniatria vol. 35, fasc. II-III-IV 1909, p. 1.

446. *Thoma* (Illenau), Beitrag zur Klinik und Pathologie akut letal verlaufender Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5, S. 737.

447. *Thomson*, *D.* (Epsom.), A Research into the Cranial Measurements of the Insane, Comparing them with those of the Sane. The journ. of ment. science vol. 55, no. 229, April, p. 280—282.

448. *Todt* (Gießen), Zur Lehre von den Halluzinationen. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., herausg. v. R. Sommer, Bd. 4, H. 3, S. 212.

449. *Tommasi*, Metod. di saggio della tossic. del sangue. Riv. di Pat. nerv. fasc. 6.

450. *Toulouse*, *E.* et *Mignard*, *M.* (Paris-Villejuif), Confusion et démence. Revue de psych. et de psychol. expérim. Tome XIII, no. 1, p. 1—16.

451. *Tschisch*, *W. v.* (Dorpat), Über die intellektuellen Gefühle bei bei den Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, Ergänzungsh. S. 335.

452. *Turner*, *John* (Brentwood), Observations on the bloodpressure and vascular disease in the female insane. Journ. of ment. science 230, p. 418.

453. *Turtregesilo*, *T.* and *Gotuzzo*, *H.* (Brasilien), Mental disorders in ankylostomiasis. The Alienist and Neurol. Vol. 30, no. 1, p. 21—27.

454. *Valkenburg*, *C. T. van*, Über Apraxie. Tydschrift voor Geneeskunde 1909, II, p. 166.

455. *Vallet*, *A.* et *Fassou*, *A.* (Paris), Hallucinations dialoguées conscientes. Revue de psych. et de psychol. expérimentale. Tome XIII, no. 1, p. 16—20.



456. *Wahle, Rich.* (Czernowitz), Über Orientierungsstörungen. Bemerkungen zu der Abhandlung von Prof. A. Pick. Deutsche med. Wschr. Nr. 3, S. 97.

457. *Wallon, H.*, Délire de persécution. Paris, J. B. Baillière. 108 p. 3 fr.

458. *Walthard* (Frankfurt a. M.), Psychogene Ätiologie und Psychotherapie des Vaginismus. Münch. med. Wschr. Nr. 39.

459. *Wassermeyer, M.* (Kiel), Psychiatrie u. Neurolgie. (Sammelreferat.) Med. Klin. Nr. 51, S. 1942.

460. *Wassermeyer* (Kiel), Über die Ergebnisse der in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel ausgeführten Lumbalpunktionen. Allg. Ztsshr. f. Psych. Bd. 66, H. 6, S. 1081.

461. *Weber, L. W.* (Göttingen), Geisteskrankheit und Kultur. Deutsche Rundsch. Okt.-H. 1, S. 90.

462. *Wegemund, R.*, Welches ist der zuverlässigste und praktischste Kunstgriff, den Patellarreflex auszulösen? Inaug.-Diss. Leipzig, Juni 1909.

463. *Weiss, Otto*, Phono-Kardiogramme. 37 S. 1,50 M. Jena, 1909, Gustav Fischer.

464a. *Wessels, A.*, La liberté et les phénomènes d'automatisme. Revue de philosophie 1909. no. 7, p. 45.

464b. *Westerburg, W.*, Über die psychischen Störungen bei Eklampsie. Inaug.-Diss., Kiel. 26 S. (S. 91*.)

465. *Westermarck, Eduard*, Sexualfragen. Übersetzt von Leop. Katscher Leipzig, W. Klinkhardt. 146 S. 2 M. (S. 89*.)

466. *Weyert*, Trionalintoxikation. Med. Klin. Nr. 34, S. 1265.

467. *Weyert* (Cöln-Lindenberg), Schädeltrauma und Gehirnverletzung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 1, S. 196.

468. *Weygandt, W.*, Psychiatrie und Presse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 16, S. 137.

469. *Williams, Tom A.* (Washington), The difference between suggestion and persuasion. The importance of the distinction. The Lancet-Clinic, Mai 29, 1909.

470. *Williams, T. A.* (Washington), The difference between suggestion and persuasion - the importance of the distinction. The Alienist and Neurol. vol. 30, no. 2, p. 158.

471. *Windscheid, Fr.* (Leipzig), Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. 68 S. 2 M. Halle a. S., Carl Marhold, 1909.





472. *Winkler*, Lokalisation psychischer Funktionen im zentralen Nervensystem. Tijdschr. voor Geneesk. no. 17.

473. *Winternitz*, Physikalische Heilmethoden. Mtschr. f. phys.-diät. Heilmeth. I, H. 1.

474. *Wohlwill*, *Fr.* (Hamburg-Eppendorf), Über funktionell bedingtes Fehlen der Patellarreflexe. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 567—573 . (S. 94*.)

475. *Wolff*, *H.* (Basel), Zur Frage der Behandlung der unruhigen Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 6, S. 1005.

476. *Yoshimura*, *K.* (Tokio), Über die Ausbreitung der reflexogenen Zone für das Babinski-Phänomen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 1, S. 41. (S. 94*.)

477. *Zaloziecki*, *Alex.* (Leipzig), Zum Wesen der sogenannten „Psychoreaktion" nach Much. Berl. klin. Wschr. Nr. 30, S. 1396. (S. 93*.)

478. *Zander*, *P.*, Geisteskrankheit und Unfall. Med. Klin. 1909, Nr. 48, S. 1832.

479. *Ziehen*, *Th.*, Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. V. Anomalien des Trieblebens. Charité-Ann. 33.

## I. Geschichtliches.

*v. Delius* (100) setzt die einzelnen Züge, welche die moderne theologische Forschung geliefert hat, zu einem psychologisch aufgebauten Bilde des historischen Jesus zusammen. Pathologische Zustände werden dabei nicht angenommen.

*Lange* (245) veröffentlicht eine sehr sorgfältig geschriebene Pathographie *Hölderlins*. *Hölderlin*, einer der wenigen deutschen Lyriker ersten Ranges, hat durch sein Sprachgenie auf zahlreiche Schriftsteller einen bedeutenden Einfluß ausgeübt, so z. B. auf *Nietzsche* und seinen Zarathustra. Den meisten Deutschen ist gleichwohl nur noch bekannt, daß er Gedichte gemacht hat und wahnsinnig geworden ist. *Hölderlin* war der Sohn eines Klosterhofmeisters und geistlichen Verwalters in Schwaben. Er wurde von seiner verwitweten Mutter zum Studium der Theologie bestimmt und war durch Armut genötigt, auch späterhin, seiner Neigung entgegen, daran festzuhalten. Er hat sich indessen niemals im Leben dazu entschließen können, als Geistlicher tätig zu sein, sondern mußte als Hauslehrer von Stellung zu Stellung, von Ort zu Ort ziehen. Alle Versuche, sich als freier Schriftsteller durchzuschlagen, mißlangen. *Hölderlin* litt von Jugend auf an Psychopathie, einer angeborenen Nervosität. Er war von zarter Konstitution und fast dauernd in depressiver, elegischer Stimmung. Darum liebte er Stimulantion: Kaffee, Tee, Tabak, Wein und ferne, starke Ideale, die fähig waren, ihn in eine ekstatische Erregung, in lebhafte Affekte zu versetzen. Seine Intelligenz war hervorragend. Neben dem Talent für deutsche



Sprache und lyrische Dichtungen verfügte er über eine ungewöhnliche Befähigung für fremde Sprachen und für Musik. Für Mathematik war er schwach begabt, und naturwissenschaftliche Bildung fehlte ihm gänzlich. Sein Gedächtnis war gut, die Phantasietätigkeit übermäßig rege. Eine erhöhte Ermüdbarkeit hinderte ihn an ausdauernder Arbeit. *Hölderlin* zeichnete sich durch eine ganz außerordentliche Feinfühligkeit und Sensibilität aus. Gegen die Reibungen des alltäglichen Lebens war er von krankhafter Empfindlichkeit. Er hatte eine tiefernste Natur. Jeder Humor mangelte ihm, und Witz war ihm verhaßt. Auf dem Boden dieser psychopathischen Anlage sind mehrere Depressionen entstanden. In seinem 30. Lebensjahre brach allmählich und schleichend die Geisteskrankheit aus, eine Katatonie. Es wechselten Depressionen mit katatonischen Erregungszuständen, der sprachliche Ausdruck wurde feierlich-maniriert, das Benehmen geschraubt; die feineren sozialen Gefühle und die äußere Sauberkeit gingen verloren. Nach etwa 4 Jahren war der katatonische Endzustand erreicht: apperceptive Verblödung bei gutem Gedächtnis, motorische, besonders sprachmotorische Erregung, krampfartige Zuckungen im Gesichte, in den Schultern und in den Fingern. *Hölderlin* starb erst im Alter von 73 Jahren an den Folgen einer Brustfellentzündung. Für die Leistungen *Hölderlins* hat seine psychische Abnormität verschiedenen Wert besessen. Die Psychopathie ist dem Zustandekommen vieler seiner besten Gedichte gewiß nur förderlich gewesen, dagegen hat sie ihn an der Ausarbeitung größerer Werke entschieden behindert. Die Katatonie hat dagegen seine Fähigkeiten lediglich herabgesetzt oder zerstört; mit *Hölderlin*s Genie hat sein „Wahnsinn“ gar nichts zu tun. Im Gegensatze dazu, daß die Katatonie seine Produktivität völlig zerstörte, steht die Tatsache, daß es gerade die Geisteskrankheit war, die *Hölderlin* so berühmt gemacht hat.

*Lagriffe* (239) liefert eine Pathographie über *Guy de Maupassant*. Die progressive Paralyse, die sich bei ihm langsam entwickelte, hatte ausschließlich eine Verringerung und die Vernichtung seines Talentes zur Folge.

*Lange* (247) faßt die Ergebnisse seiner Untersuchung über die Psychose *Maupassant*s zusammen: *Maupassant* hat an einer leichteren Form der Psychopathie gelitten. Er war Alkoholiker und hat sich syphilitisch infiziert. Seine Halluzinationen sind schwer zu klassifizieren. Nach einem längeren luetischen Vorstadium ist er endlich an einer progressiven Paralyse zugrunde gegangen. Viele seiner Werke sind durch die Krankheit beeinflußt worden — für den Sachkundigen ausschließlich zu ihrem Nachteil.

*Martius* (282) bezeichnet seinen Aufsatz über „neurasthenische Entartung einst und jetzt“ als „tröstliche Betrachtungen eines Kulturoptimisten“. Er zeigt, daß schon vor sehr langer Zeit die Neurasthenie als Modekrankheit betrachtet wurde, und daß keine Ursache vorliegt, den degenerativen Untergang der heutigen Kulturvölker zu fürchten.

## II. Allgemeines.

*Kraepelin* (228) hat von der achten Auflage seines Lehrbuches den ersten Band, die Allgemeine Psychiatrie, erscheinen lassen. Der Umfang hat beträchtlich zugenommen. Ganz umgearbeitet ist der Abschnitt über die Ursachen des Irreseins. Bei der „Erkennung des Irreseins“ wurde ein Kapitel über allgemeine Diagnostik



eingefügt. Die Darstellung des Anstaltswesens wurde sehr erweitert, auch in historischer Beziehung. Zahlreiche Abbildungen sind dem Buche beigegeben.

Das Lehrbuch der speziellen Psychiatrie von *Pilcz* (354) erscheint in zweiter Auflage. Es ist für Studierende und Ärzte bestimmt. Gegenüber der ersten Auflage, die vor 5 Jahren erschien, ist eine Vermehrung um drei Kapitel eingetreten, welche die Pseudologia phantastica, die konstitutionelle Neurasthenie und vorübergehende Zustände krankhafter Bewußtlosigkeit behandeln. In einem Anhang werden die für die Psychiatrie wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, auch die in Deutschland geltenden, zusammengestellt.

*Raecke* (364) läßt seinen „Grundriß der psychiatrischen Diagnostik" bereits in zweiter Auflage erscheinen (vgl. den vorigen Literaturbericht S. 91*). Der spezielle Teil hat eine allgemeine Erweiterung erfahren.

*Jankaus* (201) Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater liegt in dritter Auflage vor. Ein neuer Abschnitt „Untersuchungsmethoden" ist neu hinzugekommen. Die anderen Kapitel zeigen erhebliche Erweiterungen.

*Edinger* (122) stellt in seiner „Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems" möglichst kurz das Wichtigste von dem zusammen, was wir heute mit einiger Sicherheit vom Baue des Nervensystems und seinen Funktionen wissen. Zahlreiche sehr instruktive Abbildungen erleichtern das Verständnis.

Von *v. Bechterews* „Funktionen der Nervenzentra" (22) ist das zweite Heft erschienen. Es enthält Kleinhirn, Mittelhirn, Zwischenhirn und subkortikale Ganglien.

*Bing* (46) gibt einen für die Bedürfnisse des Nichtspezialisten berechneten Leitfaden für die topische Diagnostik der Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. Um das als kompliziert verrufene Gebiet auch für den Fernerstehenden möglichst einfach und übersichtlich darzustellen, ist auf theoretische Ausführungen und die Erörterung umstrittener Punkte möglichst verzichtet und vorwiegend das Feststehende dargestellt.

*Buschan* (76) liefert in seiner „Menschenkunde" eine gemeinverständliche Darstellung der Anthropologie. Eine ausführlichere, durchweg in wissenschaftlichem Sinne gehaltene Anthropologie wird in Aussicht gestellt.

*Arkins* (9 b) Untersuchungen erstrecken sich auf sechs Gehirne. Er kommt zu folgenden Resultaten: Es bestehen unzweifelhaft Unterschiede in der Furchen- und Windungsbildung, die aber nur auf statistischem Wege ermittelt werden können. Je näher die verschiedenen Rassen miteinander verwandt sind, um so häufiger finden sich Übergänge. Die Unterschiede treten dagegen am deutlichsten bei Rassen hervor, welche einander am fernsten stehen. Die auffälligsten Verschiedenheiten zeigen folgende Furchen: Fiss. front. media, Fiss. parieto-occipitalis und zum Teil die Präzentralwindungen (Chinesen!). Zum Schluß geht *A.* noch kurz auf die Besonderheiten der Hirnbildung hervorragender Männer ein und kommt zu dem Ergebnis, daß bis auf die stärkere Entwicklung der unteren Schläfenwindungen keine einwandsfreien Unterschiede festgestellt sind. (*Voss.*)

*Pelman* (337) hielt während seiner Lehrtätigkeit in Bonn ein Publikum, in dem er Fragen von allgemeinem Interesse in gemeinverständlicher Form vom



psychiatrischen Standpunkte behandelte. Diese Vorlesungen fanden viel Beifall und erscheinen nun in Buchform. Es werden vorwiegend historische Gegenstände behandelt, z. B. Königsmörder, Cäsarenwahnsinn, psychische Volkskrankheiten, Hexen und Besessene.

*Rehmke* (370) behandelt in gemeinverständlicher Weise „die Seele des Menschen“, um eine Einführung in die allgemeine Psychologie zu geben.

*Boruttau* und *Mann* (60) geben unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes ein Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität, einschließlich der Röntgenlehre, heraus, von dem der erste Band vorliegt. Zwei Bände sollen folgen. Der erste Band enthält die physikalische Elektrizitätslehre, die allgemeine medizinische Elektrotechnik, die Elektrophysiologie und die Elektropathologie. Diese wird in zwei Teilen behandelt, von denen der erste die elektrische Reaktion und das elektrische Verhalten der Organe in pathologischen Zuständen, der zweite die Schädigungen durch Elektrizität behandelt, darunter auch den Blitzschlag und die elektrische Hinrichtung.

*Bateson* (21) erörtert ausführlich *Mendels* Grundsätze über die Vererbung bei Pflanzen, Tieren und Menschen.

*Pilcz* (355) nennt Verstimmungszustände im ärztlichen Sinne diejenigen Alterationen der Gemütslage, welche krankhaft bedingt sind, also im Bereiche des Pathologischen ihre Ursache haben. Nicht irgendwelche Vorstellungen oder äußere Eindrücke rufen sekundär die entsprechenden Stimmungslagen hervor, sondern diese treten losgelöst von irgendwelchen äußeren Ursachen auf, unabhängig von ihnen und unbeeinflußt durch sie. Die praktisch wichtigeren und häufiger vorkommenden psychopathologischen Verstimmungszustände werden erörtert und besonders ihre praktische und forensische Wichtigkeit betont.

*Lechner* (251) behandelt gründlich das Wesen des Schlafes, die Ursachen und verschiedenen Arten der Schlaflosigkeit, und besonders die Störungen des Einschlafens. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist beigefügt.

*Rank* (365) beleuchtet die untereinander auffallend ähnlichen Jugendgeschichten der verschiedenen Nationalhelden vom Standpunkte der *Freud*schen Theorie.

*Gaupp* (162) findet, daß die Rechtshändigkeit ein spezifisch menschliches Merkmal ist, in seiner Organisation begründet. Ihre Ursache liegt in dem Übergewichte der linken Großhirn-Hemisphäre über die rechte, das vielleicht auf die Asymmetrie in der Anordnung der großen Gefäße zurückzuführen ist. Die Ausbildung dieser Asymmetrie erscheint an die Annahme des aufrechten Ganges geknüpft. Die Annahme zur Rechts- und Linkshändigkeit ist bei den einzelnen Individuen sehr verschieden. Der Einfluß der Erziehung und Übung auf die Ausbildung von Rechts- und Linkshändigkeit ist sehr groß. Ambidextrie läßt sich durch Übung bei den meisten Menschen erreichen und gewährt viele Vorteile.

Im Anschluß an den Aufsatz über Rechtshändigkeit erörtert *Gaupp* die normalen Asymmetrien des menschlichen Körpers (163). An dem erwachsenen Körper lassen sich zahlreiche Asymmetrien nachweisen, und zwar auch in dem Skelett und Muskelsystem. Asymmetrie der Wirbelsäule und der Extremitäten bestehen bei der Geburt noch nicht, sondern bilden sich erst im Laufe des Lebens aus. Sie

kommen zustande durch das Zusammenwirken der von vornherein gegebenen Wachstumstendenz und der postembryonalen Inanspruchnahme. Die letzte Ursache der Asymmetrien ist in der Ungleichheit beider Hirnhälften zu suchen.

*Seligmann* (411) fand, daß der Glaube an die Zauberkraft des Blickes ein über alle Länder und durch alle Zeiten verbreiteter Aberglaube ist. Die Arbeit ist in zehn Kapitel eingeteilt, deren Titel lauten: Begriff und Wesen des bösen Blickes; Vorkommen und Verbreitung; Wesen, die den bösen Blick haben; Ursachen und Mittel, um den bösen Blick zu bekommen; Autofaszination; Wesen und Dinge, die dem bösen Blick ausgesetzt sind; Diagnostik; Heilmittel; Schutzmittel; Hypothesen, Erklärungen.

*Choroschko* (80 b) bringt in seiner populär geschriebenen Monographie viel Material zur Frage der Kinderselbstmorde, wobei er hauptsächlich die russischen Verhältnisse berücksichtigt und sie mit den westeuropäischen vergleicht. Die Kinderselbstmordziffer ist in Rußland in ständigem und raschem Wachsen begriffen. Im Jahre 1888 begingen zehn Zöglinge höherer Knaben- und Mädchenschulen Selbstmord, 1906 betrug die Zahl der Selbstmorde bei den Schülern und Schülerinnen bereits 67 (also bereits mehr als in Preußen), 1907 stieg diese Zahl auf 92. Was die Ursache der Selbstmorde anbetrifft, so spielten — nach den von Prof. *Chlopin* und dem russischen Kultusministerium veröffentlichten Materialien — in 27,7% aller Fälle Nerven- und Geisteskrankheiten eine ausschlaggebende Rolle, in 23,3% der Fälle blieben die Ursachen unaufgeklärt, in 21,8% bildeten „Schulangelegenheiten" den Beweggrund (in Preußen 8,4% und 15,2%), dann werden noch Familienangelegenheiten (15,2%), Liebe und Eifersucht (11%) und Furcht vor Strafe (6,8%) aufgezählt. Der Verf. berichtet dann über 125 Fälle von Selbstmord im Kindheits- und Übergangsalter, die innerhalb der kurzen Zeit von 3 Monaten (vom 14. Juni bis zum 14. September 1908) begangen wurden, demnach einen epidemieartigen Charakter trugen. Diese Epidemie wird vom Verf. mit der politischen Reaktion dieser Zeit in Zusammenhang gebracht. Nach den von ihm angeführten Zahlen sank die Zahl der Selbstmorde mit dem Ansteigen der revolutionären Welle und stieg mit dem Siege der rückschrittlichen Elemente. Die auffallende Zunahme der Zahl der Kinderselbstmorde findet auch darin ihren Ausdruck, daß sich die moderne russische erzählende Literatur aufs eifrigste mit dieser Erscheinung beschäftigt. Zum Schluß befaßt sich *Choroschko* mit den Maßnahmen, die gegen die weitere Verbreitung der Kinderselbstmorde ergriffen werden könnten. Abgesehen von den Bestrebungen zur Beseitigung politischer und sozialer Mißstände, empfiehlt er den Kampf gegen Alkoholismus und Tuberkulose, Reformierung der Schule, Anbahnung herzlicherer Beziehung zwischen Lehrern und Schülern, wie überhaupt zwischen Erziehern und Zöglingen, Individualisierung der Erziehung. Gegenüber der wichtigen Rolle, die das sexuelle Moment in der Ätiologie der Selbstmorde spielte, bezweifelt der Verf. die Wirkung der „sexuellen Aufklärung", auf die jetzt so sehr gebaut wird, die aber in manchen Fällen geeignet ist, Schaden zu stiften.

(*Fleischmann*-Kiew.)

*Freud* (150) stellt 10 Aufsätze zusammen, die in verschiedenen Zeitschriften von ihm veröffentlicht sind, und die seine bekannte Methode der Psychoanalyse erläutern.



*Westermarck* (465) bespricht in seinen „Sexualfragen" die Hörigkeit der Gattinnen, die Ehe, die Ehelosigkeit, freie Liebe, Prostitution und Ehebruch sowie die Homosexualität. Die scharfe Verurteilung der gleichgeschlechtlichen Liebe im Christentum ist nach ihm vom Judentum übernommen und beruht bei diesem auf dem Abscheu gegen einen fremden Religionskultus; die Kanaaniter hatten in ihren Tempeln nicht nur weibliche, sondern auch männliche Prostituierte.

*H. Ellis* (130) erörtert die sekundären Geschlechtsunterschiede, besonders auch die geistigen Unterschiede der beiden Geschlechter. Von der Kultur der Zukunft hofft er die Entwicklung einer gleichen Freiheit für beide Elemente des Lebens, das männliche und das weibliche. Er glaubt, daß das weibliche Element seinen gebührenden Platz im Leben noch nicht erhalten hat, so lange unter bestimmten Umständen die Mutterschaft als ein Vergehen gilt.

*Havelock Ellis*' Studie „Das Geschlechtsgefühl" (129) stützt sich auf ein riesengroßes Material aus der Literatur aller Länder. Sie ist in drei Kapitel geteilt: Analyse des Geschlechtstriebes, Erotik und Schmerz und der Geschlechtstrieb beim Weibe. In einem Anhang werden behandelt: der Geschlechtstrieb bei Naturvölkern, die Entwicklung des Geschlechtstriebes und die sexuelle Inversion beim Weibe.

## III. Ätiologie.

*Padovani* (334) bestätigt durch seine statistischen Untersuchungen über die Ätiologie der Geisteskrankheiten, daß Erblichkeit und Alkoholmißbrauch die häufigsten Ursachen der Psychosen sind; auch den Tabakmißbrauch hält er, besonders in Verbindung mit dem Alkoholmißbrauch, für eine häufige Ursache.

*Rüdin* (389) beobachtete gegen 50 Kranke, die zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilt und während des Strafvollzuges erkrankt waren. Die meisten von ihnen litten an Dementia praecox. Das manisch-depressive Irresein fehlte ganz. Die rein psychogenen oder psychogen stark beeinflußten Irreseinsformen waren häufig, unter ihnen auch der Querulantenwahn, die psychogenen Psychosen auf dem Boden epileptoider Entartung sowie eine besondere Form, der präsenile Begnadigungswahn der Lebenslänglichen. Zu dieser letzten Gruppe gehörten 6 Kranke; bei ihnen schienen verfrühte arteriosklerotische Involutionsvorgänge die Grundlage abzugeben, auf der dann erst die psychogenen Faktoren der trostlosen Lage in psychotischer Richtung sich zu entfalten vermochten.

*Näcke* (322) tritt im allgemeinen für die sexuelle Abstinenz ein, die nur sehr selten Schaden anrichtet und in der Ätiologie der Geisteskrankheiten gar keine Stelle einnimmt. Allerdings soll der Arzt sich dabei bewußt bleiben, daß sein Rat zur Abstinenz meist nicht befolgt wird. Eine absolute sexuelle Abstinenz ist ebensosehr eine Utopie wie die totale Abschaffung der Prostitution oder die absolute Alkoholabstinenz.

*Becker* (33) teilt die Krankengeschichte einer Frau mit, die 56 Jahre alt von einem Blitzschlag getroffen wurde und eine linksseitige Lähmung davontrug. Ihr psychisches Verhalten machte den Eindruck einer senilen Demenz.

*Lehmann* (253 b) berichtet über den Zusammenhang von Trauma und Paralyse nach dem Materiale der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg. Von 2984 Para-



lytikern hatten 145, also 4,86%, ein Trauma erlitten. Unter diesen 145 Fällen war kein sicherer Fall rein traumatischer Paralyse, d. h. einer Paralyse, die bei rüstigem Hirn lediglich durch ein Trauma verursacht worden wäre. In 99 von diesen 145 Fällen, also bei 68,2%, wurde Lues zugegeben; doch war die Anamnese oft mangelhaft. Bei den zurzeit noch in Behandlung befindlichen, auch nach den neuesten Methoden untersuchten Patienten fand sich Lues in 100 Prozent.

*Plönies* (359) fand häufig Magenkrankheiten und ihre Folgezustände, Anämie und Unterernährung als Ursache von Melancholie und anderen Depressionszuständen. Eine geeignete Behandlung des Magenleidens war von günstiger Wirkung auf die Gemütsdepression.

*E. Meyer* (294) glaubt, daß die psychischen Ursachen der Psychosen eine größere Bewertung beanspruchen können, als ihnen zumeist zuteil wird. Er teilt zwei Fälle mit, in denen durch die Aufregung über eine Operation kurz dauernde Zustände von Erregung und Verwirrtheit mit ängstlichen Vorstellungen auftraten und nur eine traumhaft verschwommene Erinnerung hinterließen.

*L. Lewin* (262) berichtet über einen Bergmann, der eine übelriechende Stelle in einer Grube, an der ein Hauer verunglückt war, mit Lysol besprengte und im unmittelbaren Anschluß an diese Tätigkeit mit einer psychischen Depression erkrankte. *L.* sieht als die Ursache der Erkrankung nicht den Dampf des verstreuten Lysols an, sondern eine Reihe grauenerregender Vorstellungen an der Unglücksstelle.

*Stierlin* (437) beschreibt die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrières (10. März 1906) unter eingehender Berücksichtigung der ursächlichen Momente, mit vergleichenden Beobachtungen über die Katastrophe von Hamm (12. November 1908) und die Erdbeben von Valparaiso (16. August 1906) und Süditalien (28. Dezember 1908). Die Beobachtungen an den Opfern von Courrières erstrecken sich über $2^1/_2$ Jahre. Als ätiologische Momente kommen die Kohlenoxydvergiftung, der Schreck und andere psychische Schädigungen, die Überanstrengung und die Aushungerung in Betracht. Von psycho-neuropathischen Folgezuständen bei den Überlebenden von Courrières werden beschrieben: Psychosen im Gefolge schwerer Kohlenoxydvergiftung, Psychosen mit derselben Ätiologie, Emotionspsychosen und traumatische Neurosen gemischter Ätiologie.

*Kopystinsky* (227 b) teilt einige Fälle mit, die nach ihrer Ätiologie und nach dem Inhalte der Wahnideen mit den letzten politischen Ereignissen Rußlands im Zusammenhang stehen, und kommt dann zum Schluß, daß die politischen Ereignisse die Zahl der Geisteserkrankungen indirekt wohl vermehren und dem Inhalt der Sinnestäuschungen und der Wahnideen eine spezifische politische Färbung verleihen können, daß diese Ereignisse den Gesundheitszustand prädisponierter Personen ungünstig beeinflussen und die Entstehung gewisser Psychosen mit religiöser Färbung begünstigen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Nach *Hermkes*' (182) Untersuchungen über psychische Infektion gibt es keine eigentliche Übertragung von Psychosen. Die primäre Erkrankung ist nicht die spezifische Ursache der sekundären, sondern nur das auslösende Agens, kann auch den äußeren Verlauf der letzteren, insbesondere den Symptomenkomplex beeinflussen. Beiden Erkrankungen liegt als wesentliche Krankheitsursache eine entsprechende Disposition, ein primärer psychischer Mangel zugrunde.



*Raebiger* (363) teilt aus Kamerun die Geschichte eines Pflanzers mit, der seine psychischen Krankheitserscheinungen, vorwiegend in Negativismus bestehend, auf seinen Assistenten übertrug. Die Tropen sind gefährlich für psychisch labile Menschen.

*Sierau* (421) hat dieselben Kranken in Friedrichsberg weiter beobachtet. Er hält die Krankheit nicht für eine induzierte, sondern für eine Emotionspsychose, welche durch die Aufregung über die Erkrankung des andern hervorgerufen wurde.

*Hermes* (181) berichtet über 19 Fälle von Puerperalpsychosen, die im Jahre 1907 in der Psychiatrischen Klinik zu Kiel behandelt wurden. Es waren 8 Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit, 5 von Melancholie, 3 von Katatonie und je 1 Fall von Hysterie, Erschöpfungspsychose und von Eklampsie mit Nephritis acuta. Prognostisch günstig sind das halluzinatorische Irresein, Melancholie, Manie und eklamptische halluzinatorische Verwirrtheitszustände. Insgesamt wurden 58% der Fälle geheilt oder gebessert, 24% blieben ungeheilt und 16% starben.

*Regensburg* (368) findet, daß die Gelegenheitsursache der Wochenbettpsychosen sich in der Regel aus einer Reihe von gleichzeitig und nacheinander wirkenden Momenten zusammensetzt, gerade so wie die Prädisposition für psychische Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle das Produkt einer Reihe von Schädlichkeiten ist.

*Westerburg* (464 b) berichtet über eine erblich nicht belastete Patientin, bei der sowohl bei der ersten als bei der dritten Geburt eklamptische Anfälle auftraten. Im Anschlusse an die Eklampsie der dritten Geburt brach eine leichte, etwa 3 Wochen dauernde psychische Störung aus, die unter dem Bilde der motorischen Unruhe, Benommenheit, Verwirrtheit und Desorientiertheit über Zeit, Ort und Umgebung verlief. Dabei traten kurzdauernde Parese des rechten Beines und rechtsseitige Fazialisparese sowie eine fast vollkommene, über mehrere Tage sich erstreckende Amnesie auf.

*Näcke* (318) hat in der Literatur wenig sichere Anhaltspunkte für die Bedeutung des Tabakmißbrauches als Ursache von Geistesstörungen gefunden. Als alleinige Ursache kommt er überhaupt nicht, als Mitursache nur selten und bei besonderer Disposition in Betracht. In zwei Fällen seiner eigenen Beobachtung bestand ein unverkennbarer Zusammenhang zwischen dem Tabakmißbrauch und der Psychose. Für Geisteskranke ist ein mäßiger Tabakgenuß unbedenklich.

## IV. Pathologie.

*Cimbal* (84) gibt in seinem „Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände" eine kurzgefaßte, bequem zusammengestellte Anleitung für Mediziner und Juristen, insbesondere für beamtete Ärzte.

*Gregor* (171) hat experimentelle Untersuchungen über die Störungen des Gedächtnisses angestellt. Er bezeichnet als Lernfähigkeit das Vermögen, neue Vorstellungen den unmittelbar behaltenen anzugliedern und sich durch wiederholte Lesungen neue Stoffe einzuprägen, dagegen die Fähigkeit, sich an einen Bewußtseinsinhalt nach mehr oder weniger langer Zeit wieder zu erinnern, als Merkfähigkeit. Die von ihm untersuchten Fälle von progressiver Paralyse zeigten bei relativ guter



Merkfähigkeit eine verminderte Lernfähigkeit. In schwereren Fällen standen Aufmerksamkeitsstörungen im Vordergrunde, welche sich in charakteristischen qualitativen Reproduktionsfehlern geltend machten. Bei der senilen Demenz besteht eine Herabsetzung der Lernfähigkeit. Die auf den Akt des Reproduzierens und Gestaltens des Behaltenen gerichtete Aufmerksamkeit ist weniger gestört als die beim Aufnehmen beteiligte. Für die Fälschung des Inhaltes bei der Reproduktion kommt geläufigen Assoziationen große Bedeutung zu. Namen und Zahlen bieten der Erlernung besondere Schwierigkeiten. Auch Fälle von Imbezillität, *Korsakoff*-scher Psychose und hebephrener Geistesstörung wurden untersucht.

*Köppen* und *Kutzinski* (227) lesen dem Kranken, der untersucht werden soll, kleine Geschichten aus einer Zeitung oder einer Märchensammlung vor und lassen sie dann nacherzählen. Die psychologische Analyse der von dem Kranken gegebenen Reproduktion gibt vortreffliche Anhaltspunkte zur Beurteilung des Kranken.

*Stransky* (441) wendet eine Methode der Intelligenzprüfung an, die im wesentlichen auf der Ergänzung von Buchstaben und Wörtern beruht.

*Much* und *Holzmann* (312) fanden in dem Blute von Geisteskranken, die an manisch-depressivem Irresein, an Dementia praecox oder an Epilepsie mit zirkulären Gemütsaffektionen litten oder aus einer Familie stammten, in der manisch-depressives Irresein oder Dementia praecox herrschten, eine bestimmte Reaktion, die sie als Psychoreaktion bezeichnen. Gewaschene Menschenblutkörperchen werden durch Kobragift gelöst. Setzt man zu dem Kobragifte menschliches Serum hinzu, so wird die Lösung der Blutkörperchen nicht verhindert. Eine solche Verhinderung fanden sie nur bei Zusatz von Serum, das von Geisteskranken der bezeichneten Art stammte. Aus diesen Beobachtungen schlossen die Autoren, daß bei den Geisteskrankheiten, die von *Kraepelin* als manisch-depressives Irresein und als Dementia praecox von anderen Krankheitsbildern abgesondert wurden, sich im Blute Stoffe finden, die sich bei anderen Geisteskrankheiten und sonstigen nichtpsychiatrischen Krankheiten nicht finden — ausgenommen Epilepsie mit zirkulären psychischen Affektionen —, ebenso nicht bei Normalen.

Diese Entdeckungen wurden alsbald von vielen Seiten nachgeprüft.

*Fraenkel*, *Kathe* und *Bierotte* (145) konnten die Befunde von *Much* und *Holzmann* nicht bestätigen. Nicht nur ein erheblicher Prozentsatz der Fälle von zirkulärem Irresein und Dementia praecox reagierte negativ, sondern auch bei Personen mit andern Psychosen, ja selbst bei solchen, die keinerlei Zeichen von Geisteskrankheit darboten, wurde ein positiver Ausfall der Reaktion beobachtet.

*Beyer* und *Wittneben* (44) kamen zu folgendem Ergebnis: Das Serum mancher Geisteskranken hemmt die Kobra-Hämolyse roter Menschenblutkörperchen. Gleichfalls hemmt aber das Serum mancher körperlich Kranker sowie Gesunder ebenfalls diese Hämolyse, wenn es auch scheint, als ob die Reaktion bei Gesunden seltener, bei Körperkranken etwas häufiger und bei Geisteskranken am häufigsten vorkommt. Sie fanden die Reaktion bei Epilepsie und Idiotie noch häufiger als bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Eine differential-diagnostische Bedeutung konnten sie der Reaktion nicht zusprechen.

*Eisner* und *Kronfeld* (128) können der Reaktion einen differentialdiagnostischen Wert nicht beimessen. Die Hemmung der Hämolyse trat bei Geisteskranken



im allgemeinen etwas häufiger auf als bei anderen Fällen, doch fand bei gleichartigen Erkrankungen in dem einen Falle Hemmung, im anderen Hämolyse statt.

Auch *Schultz* (406) konnte keinen Unterschied zwischen der Reaktion bei Dementia praecox oder zirkulärem Irresein gegenüber anderen Krankheitsbildern feststellen.

*Plaut* (357) fand die Angaben *Much*s und *Holzmann*s in keiner Weise bestätigt; die Mehrzahl der sicheren Fälle von manisch-depressivem Irresein und von Dementia praecox reagierte negativ, und auch Kranke ganz anderer Gruppen zeigten positive Reaktion.

*Geissler* (164) fand die Kobrareaktion bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein stets, wenn die Blutproben in der Zeit stärkerer Erregung oder Depression entnommen waren, außerdem aber auch bei anderen Krankheiten.

Auch nach den Untersuchungen von *Pförringer* und *Landsbergen* (342) scheint die Kobragiftreaktion nicht spezifisch für klinisch umschriebene psychiatrische Krankheitsbilder zu sein. Vielmehr erscheint sie als der Ausdruck allgemeiner Schwankungen im Stoffwechsel, insbesondere in den Oxydationsvorgängen, an denen in erster Linie die roten Blutkörperchen beteiligt sind.

*Hübner* und *Selter* (195) fanden die Kobragiftreaktion nicht nur beim manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox, sondern auch bei anderen Psychosen und Neurosen. Bei den untersuchten Fällen von Jugendirresein und manisch-depressiven Psychosen war die Reaktion durchaus nicht immer positiv.

*Zaloziecki* (477) erklärt: „Die von *Much* und *Holzmann* angegebene „Psychoreaktion" kommt bei den verschiedensten Geisteskrankheiten sowie auch bei Gesunden vor; bei Neugeborenen ist sie fast konstant. Ihr Auftreten im Blute hängt mit der Muskeltätigkeit zusammen. Sie ist diagnostisch bedeutungslos."

*Hirschl* und *Plötzl* (188) formulieren das Ergebnis ihrer Untersuchungen folgendermaßen: „Bei einer Anzahl von Fällen hebephrener und katatoner Dementia praecox fanden wir im biologischen Versuche eine erhöhte Resistenz der Erythrozyten, zugleich mit einer stärker hemmenden Kraft des Serums gegen die Hämolyse durch Kobragift. Ob diesem Befunde Spezifität in irgendeinem Sinne oder klinische Bedeutung zukommt, können wir heute noch nicht beurteilen. Ob er, vielleicht kombiniert mit der *Much-Holzmann*schen Serumreaktion, in der Folge einen Weg weisen wird zur Erforschung der aus klinischen Gründen längst supponierten Blutveränderung bei Dementia praecox, wird durch Fortsetzung dieser Versuche festzustellen sein."

*Omorokow* (330) fand, daß die positive Kobragiftreaktion am häufigsten bei Psychosen, unabhängig von der Form derselben, und beim Plazentarblute beobachtet wird. Bei chirurgischen Kranken, bei psychisch-normalen Menschen fehlt die Reaktion in den meisten Fällen.

Nach *Nitsche*, *Schlimpert* und *Dunzelt* (325) kommt die Hemmungsreaktion bei den verschiedenartigsten Geisteskrankheiten vor. Eine besondere Bevorzugung der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins besteht nicht, die Reaktion ist also diagnostisch bedeutungslos. Eine Beziehung zwischen positivem Ausfalle der Reaktion und gewissen äußeren Faktoren (Muskeltätigkeit, Nahrungsverweigerung, Einnahme narkotischer Mittel) wurde nicht beobachtet.

*Rosanoff* (384 b) fand die Kobrareaktion am häufigsten bei Dementia praecox so daß er ihr einen gewissen hilfsdiagnostischen Wert zubilligt. Sie kommt jedoch auch bei Psychosen anderer Art und bei Normalen vor; bei manisch-depressivem Irresein ist sie selten.

*Brückner* und *Much* (72) geben zu, daß der Hemmungsreaktion bisher keine klinisch-diagnostische Bedeutung zukommt. Ihre Bedeutung liegt einstweilen auf rein biologischem Gebiete. Dabei kommt es zunächst auf die Lösung dreier Fragen an: Welcher Art sind die im Serum auftretenden Hemmungsstoffe? Auf welche Ursachen ist ihr Auftreten im Blute zurückzuführen? Wie ist der unzweifelhafte Zusammenhang mit Psychosen und Nervenkrankheiten aufzuklären?

*Francke* (147) hat ein einfaches Instrument zum Messen der Pupillen konstruiert, das durch Gustav Koch, Rixdorf-Berlin, Thüringer Straße 16, bezogen werden kann. Zwei Metallstäbe werden durch eine Schraube einander genähert und voneinander entfernt, so daß sie stets parallel bleiben. Man stellt sie so ein, daß beide das Pupillenschwarz als Tangenten berühren und kann die Entfernung der Stäbe, die nun dem Durchmesser der Pupille gleich ist, an einer Skala ablesen.

*Yoshimura* (476) hält den *Babinski*schen Reflex für einen spinalen. Der Reflex kann nicht nur durch mechanische Reize ausgelöst werden, sondern auch durch thermische und elektrische. Diese Reize lösen den Reflex aus, wenn sie den äußeren Fußrand oder die äußere Seite des Fußrückens oder die hintere Seite des Unterschenkels treffen. Bei spinalen Erkrankungen ist die Hauptfläche, durch die der Reflex erregt werden kann, größer als bei zerebralen Erkrankungen. Besonders groß ist die reflexogene Zone bei der multiplen Sklerose.

*Wohlwill* (474) fand bei einem 12jährigen Mädchen, das wahrscheinlich an Hysterie, sicher aber an keiner organischen Erkrankung litt, die Patellarreflexe meistens vollständig erloschen, zuweilen jedoch vorhanden.

*Leitao da Cunha* und *Vianna* (254) fanden Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit ausnahmslos bei Paralyse, auch in solchen Fällen, in denen die *Wassermann*sche Reaktion negativ war, bei chronischen Fällen der Dementia praecox häufig (gegen 40%).

*Kleist* (223) sucht für die psychomotorischen Störungen der Geisteskranken eine hirnpathologische Lokalisation. So nimmt er z. B. an, daß die akinetischen und die hyperkinetischen Bewegungsstörungen irgendwie mit Funktionsstörungen des Stirnhirn-Kleinhirnsystems in dessen zentralen Abschnitten zusammenhängen. In den akinetischen Erscheinungen sieht er Störungen der Motilität — im wesentlichen transkortikaler Art —, bei denen das Zusammenarbeiten der Erregungsabläufe im Kleinhirn-Stirnhirnsystem mit den übrigen Komponenten der Bewegungen gestört ist.

*v. Ossipow* (333) bezeichnet als „photographisches lautes Lesen" die Erscheinung, daß ein Kranker beim lauten Lesen alle Interpunktionszeichen laut nannte. Die Worte: „In einem Moment, in dem Marx ein wenig einnickte — oder war es ein lichter Augenblick in seinen Phantasien? — läßt er sich folgende Äußerung über die moderne Produktionsweise in England entschlüpfen (S. 290 der 3. Aufl.):" las der Kranke z. B.: „In einem Moment Komma in dem Marx ein wenig einnickte Strich oder war es ein lichter Augenblick in seinen Phantasien



Fragezeichen Strich läßt er sich folgende Äußerung über die moderne Produktionsweise in England entschlüpfen Klammer S Punkt 290 der drei Punkt Auf L Punkt Klammer zwei Punkte". Im übrigen bot der Kranke das Bild der Katatonie.

*Jach* (200) fand bei den meisten Geisteskranken eine Erhöhung des Gehaltes an Antitrypsin im Blutserum, und zwar besonders bei den Paralytischen. Durch Behandlung mit Arsenophenylglyzin wurde der Antitrypsingehalt herabgesetzt.

Nach *Kaufmann* (213) fehlen uns Erklärungen für das Entstehen der retrograden Amnesien nach Hirnerschütterung, Alkohol- und Kohlenoxydvergiftung sowie nach epileptischen Insulten. Für das Zustandekommen der retrograden Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter sind nicht Gemütserschütterungen verantwortlich zu machen, sondern materielle Vorgänge im Gehirn. Dabei kommen die Asphyxie und die temporäre Gehirnanämie in Betracht, die durch ihre kombinierte Wirkung leichtere und schwerere Ernährungsstörungen im Gehirn hervorrufen können.

Nach *Ehlers* (124) hat das manisch-depressive Irresein bei Kindern besondere Neigung, in rasch aufeinander folgenden Anfällen zu verlaufen, die von kurzen Intervallen geistiger Gesundheit unterbrochen sind. Katatonische Begleiterscheinungen finden sich häufig bei Kindern, besonders beim hysterischen Irresein. Dementsprechend überwiegt die katatone Form der Dementia praecox im Kindesalter bei weitem. Die der Anstaltspflege bedürftigen geisteskranken Kinder werden am zweckmäßigsten in besonderen Kinder- oder Jugendabteilungen untergebracht, die an Irrenanstalten oder an psychiatrisch geleitete Anstalten für Schwachsinnige angegliedert werden.

*Fischer* (139 b) fordert Einheitlichkeit der statistischen Zählkarten und eine darauf aufgebaute einheitliche Statistik in den Anstaltsberichten, die in demselben Formate und in derselben Anordnung erscheinen sollten.

*Mondio* (306) fand, daß in dem Zeitraume von 1900 bis 1906 in der Stadt und Provinz Messina die Zahl der Geisteskrankheiten weniger zugenommen hat als in den anderen Gegenden Italiens.

Nach *Rougé* (388) sind die Delirien, welche während der Influenza auftreten, meistens milde im Gegensatz zu den schweren Delirien bei Typhus. Die Psychosen, die während der Influenza vorkommen, bestehen meistens in Verwirrtheit. Nach Influenza treten am häufigsten Manie und Melancholie auf, besonders mit Selbstmordneigung.

*Omorokow* (330 a) stellt aus der Literatur eine große Anzahl von Fällen zusammen, in denen eine bestehende Geisteskrankheit nach einer interkurrenten infektiösen Erkrankung wesentlich gebessert oder sogar geheilt wurde. Die eigenen Beobachtungen des Verf. beziehen sich u. a. auf einen Fall von Amentia, der während 16 Monaten keinerlei Tendenz zur Besserung zeigt, um nach einer Typhuserkrankung in Genesung überzugehen. In einem anderen Falle handelte es sich um Epilepsie. Die Anfälle kamen täglich — manchmal auch mehrmals — zur Beobachtung. Nach Typhus blieben sie dann drei Monate vollständig aus, kamen dann allerdings — wenn auch in geringerer Anzahl — wieder. Da sich Verf. diese Wirkung durch den Antagonismus zwischen den von den Infektionserregern ausgeschiedenen Toxinen und den vermutlich im Blute der Geisteskranken kreisenden Toxinen erklärt,

so nimmt er an, daß man diese Tatsache dereinst — nach genaueren Studien — therapeutisch verwerten können wird. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Seletzky* (410 b) untersuchte die Zehen bei einer großen Zahl von Geisteskranken und fand dabei sehr viele Anomalien, die als Degenerationszeichen gelten können. Von den vom Verf. aufgezählten 14 Formen kamen am häufigsten der Halux valgus vor. Relativ oft kamen auch Veränderungen an der 4. und 5. Zehe (hakenartige Krümmung, Atrophie und Drehung um die Achse) vor.

(*Fleischmann*-Kiew.)

*Rosa Kreichgauer* (232) sucht natürliche Zusammenhänge, bzw. Abgrenzungen zwischen einzelnen Gruppen von Geisteskrankheiten aus ihren hereditären Beziehungen abzuleiten. Sie findet, daß Gleichartigkeit der Vererbung im weiteren Sinne, also unter Zusammenfassung der symptomatologisch zusammengehörigen Gruppen, in weitgehendem Maße besteht. Insbesondere grenzen sich die typischen Formen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins untereinander ab, so daß zwischen diesen beiden Gruppen keine oder eine ganz geringe Wechselwirkung in hereditärer Beziehung besteht.

*Rehm* (369 b) untersuchte die Frage, ob es möglich ist, bei den Kindern von manisch-depressiven Kranken eine spezifische Degeneration manisch-depressiver Art im kindlichen oder jugendlichen Lebensalter nachzuweisen, auch ohne daß etwa eine ausgeprägte Psychose vorhanden ist, ferner, ob und welche Schwachsinnsformen oder psychische Veränderungen nicht manisch-depressiver Art bei solchen Kindern in Erscheinung treten. Es wurden 19 Familien mit 44 Kindern untersucht. In 7 Fällen war der Vater, in 12 Fällen die Mutter manisch-depressiv erkrankt. Psychische Degeneration ließ sich in 52% der Kinder feststellen, während 48% gesund erschienen. 61% der degenerierten Kinder schienen eine spezifische manisch-depressive Konstitution zu bieten. Die schwerste spezifische Degeneration kam der Zahl nach bei den Kindern erkrankter Väter zum Ausdruck. Das Ergebnis der Beobachtungen weist darauf hin, daß das manisch-depressive Irresein nicht aus voller Gesundheit zu erstehen pflegt, sondern daß spezifische Degenerationszeichen schon in den sogenannten „gesunden“ Zeiten vorhanden sind.

Nach *Birnbaum* (47) ist die psychopathische Persönlichkeit charakterisiert durch erhöhte Gefühlserregbarkeit, übermäßige Ausbreitung der Gefühlserregungen, erhöhte Dauer der Gemütserregungen. Psychopathische Persönlichkeiten können, zumal wenn sich mit dem abnorm angelegten Gefühlsleben hervorragende Verstandeskräfte verbinden, nicht nur pathologischen und wertlosen Zeiterscheinungen als Erzeuger und Anhänger dienen, sondern im besten Sinne Träger echter Kultur Förderer gediegenen Fortschrittes und Schöpfer fruchtbarer Ideen sein.

*Brosch* (70) greift die Lösung des Selbstmordproblems von der anatomischen Seite an. Seine Untersuchungen sind an 327 militärischen Selbstmördern angestellt. Nicht nur die Veränderungen am Gehirn, sondern die Erkrankungen aller Organe werden eingehend berücksichtigt.

*Merzbach* (289) erörtert die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes zunächst für Medizinstudierende und Ärzte, dann aber auch für Juristen. Eine große Zahl von eigenen und fremden Beobachtungen wird mitgeteilt, ferner eine Anzahl ausführlicher Gutachten über forensische Fälle. Ein Literaturverzeichnis ist beigegeben.



## V. Therapie.

*Levy* (260) nennt seine „natürliche Willensbildung“ eine praktische Anleitung zur Selbsterziehung. Bei vielen Krankheitszuständen, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, ist durch bloße Wirkung geistiger Mittel eine Heilung herbeizuführen. Es wird eine Anleitung gegeben, derartige Zustände durch Autosuggestion, ohne Anwendung von Arzneimitteln, günstig zu beeinflussen.

*Mermagen* (288) behandelt kurz in gemeinverständlicher Form die Hydrotherapie einschließlich der hygienischen Verwendung des Wassers.

*Strasburgers* (442) Einführung in die Hydrotherapie und Thermotherapie ist aus Vorlesungen entstanden, die für Studierende der Medizin gehalten wurden. Ihr Ziel ist, das wissenschaftliche Verständnis für das Gebiet der Hydro- und Thermotherapie zu erwecken, ohne die praktische Seite zu vernachlässigen. Es sind daher an die theoretischen Erörterungen stets die Hinweise auf die praktische Verwendung angeschlossen. Auf eine gesonderte Darstellung der speziellen Hydrotherapie und Thermotherapie, die von den einzelnen Krankheitsgruppen ausgeht, ist verzichtet.

*Brieger* und *Krebs* (67) geben in ihrem „Grundriß der Hydrotherapie“ eine zusammengedrängte Übersicht über die allgemeine und die spezielle Hydrotherapie zum Gebrauche für den praktischen Arzt.

*Hilger* (187) erörtert in Anlehnung an die Untersuchungen *O. Vogts*, dem das Buch auch gewidmet ist, die Hypnose und Suggestion, insbesondere ihre Verwendbarkeit als Heilmittel.

*Fischer* (142) hat eine Spritze konstruiert, die es ermöglicht, bei der Sondenfütterung breiige Stoffe in den Magen einzuführen, und zwar mehrere Spritzen voll, ohne die Verbindung zwischen Schlundsonde und Spritze aufzuheben.

*Oekonomakis* (329) hat günstige Erfahrungen gemacht mit der Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken im allgemeinen, besonders aber im Endzustande der Dementia praecox. Der Erfolg sei um so besser, je früher nach den akuten Symptomen die Beschäftigung beginne, besser bei früher Normalen als bei Schwachsinnigen. Er verlangt, daß in jeder Anstalt verschiedenartige Beschäftigung zur Verfügung stehe.

*Hüfler* (196) berichtet, daß er bei der Behandlung der Psychosen im Krankenhause zu Chemnitz seit 3 Jahren fast keine Narkotika anwendet. Außer Dauerbädern und feuchten Packungen wendet er dauernden Aufenthalt im Freien an. Diese Behandlung wird dadurch erleichtert, daß ihm für je 4 Kranke eine Pflegeperson zur Verfügung steht. Auch bilden chronisch Geisteskranke einen geringen Teil des Krankenbestandes.

*Hoeflmayr* (190) empfiehlt das Gynoval, ein neues, von den Bayerschen Farbenfabriken in Elberfeld hergestelltes Baldrianpräparat, den Isoborneolester der Isovaleriansäure, als ein bei funktionellen Neurosen verläßlich, angenehm und unschädlich wirkendes Mittel.

*Damaye* und *Mézie* (97) empfehlen die Anwendung des Collargol, besonders bei Psychosen toxischen Ursprunges.





*Schepelmann* (401) empfiehlt das Sabromin, das Kalziumsalz der Dibrombehensäure, als geruch- und geschmackloses, die Schleimhaut des Intestinaltraktus nicht reizendes Mittel, das die Bromalkalien in vollem Umfange ersetzen kann. Es werden dreimal täglich zwei Tabletten (1 g) verordnet. Auch bei Steigerung der Dosen und lange fortgesetztem Gebrauch sollen kaum je Intoxikationserscheinungen beobachtet werden.

*Padovani* (335) fand in dem Bromural ein gutes Mittel gegen Schlaflosigkeit leichten und mittleren Grades, bei einer Anwendung von 0,6 bis 1,7 g. Auch als Beruhigungsmittel gegen Erregungszustände war es wirksam. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht hervor, wenn auch der Puls langsamer und schwächer, die Atmung seltener und oberflächlicher wurden.

*Näcke* (321) knüpft Betrachtungen an den Bericht über vier im Jahre 1907 zu Wil ausgeführte Kastrationen aus sozialen Gründen. „Die gesetzliche Kastration, mit den nötigen Kautelen umgeben, wird sicher eine der segensreichsten Einrichtungen der Zukunft. Sie trägt zur Verbesserung der Rasse bei, erspart Tausenden ein elendes Leben und ein grausames Geschick und erhält unendlich viel am Nationalvermögen."

---

# 4. Spezielle Psychiatrie.

## 1. Idiotie, Imbezillität, Debilität.

Ref.: H. Vogt - Frankfurt a. M.

1. *Bayerthal*, Über die Entstehungsursachen und Verhütung der Minderbegabung im schulpflichtigen Alter. Der Kinderarzt H. 6. (S. 105*.)
2. *Becker*, Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Militärdienst. Berlin 1910. 211 S. (S. 115*.)
3. Bericht über den 7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands. Meiningen 1909, Halle.
4. *Biach*, Mongolismus. Wien. klin. Rundsch. Nr. 47.
5. *Bing*, Die fam. amaurotische Idiotie. Med. Klin. Nr. 8.
6. *Birk*, Über die Anfänge der kindlichen Epilepsie. Erg. inn. Med. u. Kinderhk. III. (S. 111*.)
7. *Bösbauer*, *Miklas*, *Schiner*, Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge mit besonderer Berücksichtigung des Hilfsschulwesens. Wien-Leipzig, 1909. II. Aufl. (S. 104*.)
8. *Büttner*, Formen und Gartenarbeit in der Hilfsschule. Ztschr. jug. Schwachs. (*Vogt-Weygandt*) III, H. 5.
9. *Büttner*, Von den geistig Minderwertigen in der Rechtspflege. Ztschr. jug. Schwachs. III, H. 4. (S. 116*.)
10. *Büttner*, Schwachbegabte an höheren Schulen. Ebenda, H. 2. (S. 116*.)



11. *Cramer*, Pubertät und Schule. Monatsh. f. d. Naturw. Unterricht III, H. 1. (S. 116*.)
12. *Cerletti* e *Perusini*, programma iniziale di lavoro proposto per un istituzione per lo studio, la profilassi e la cura del gozzo e del cretinismo endemico. Roma 1909. 39 p.
13. *Chavigny*, La debilité mentale considéré spécialment au point de vue du service militaire. Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. Mai 1909.
14. *Dannemann*, *Schober*, *Schulze*, Encyclopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Halle. Lfg. 1—3. 1909. (S. 104*.)
15. *Dexler*, Über endemischen Kretinismus bei Tieren. Berl. tierärztl. Wschr. Nr. 21—24.
16. *Dix*, Nervöse Kinder aus normalen Klassen der höheren Töchter- und Knabenschule zu Meißen. Ztschr. f. jug. Schwachs. III, H. 4. (S. 116*.)
17. *Ewald*, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. II. Aufl. Leipzig-Wien, 1909. 292 S. (S. 109*.)
18. *Fernald*, Mentally defectiv children in the public scools. 1909.
19. *Fernald*, Care of the feeble minded. Nat. Bull. of Char. 1909.
20. *Fernald*, The importance of the early discovery and treatment of defectives in special public scool classes. Publ. Ed. Ass. Philad. Nov. 1906.
21. *Friedländer*, Über die Bewertung der Imbezillität und der sog. moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 4 und Psych. neurol. Wschr. Bd. X, Nr. 52. (S. 105*.)
22. *Fornaca*, Gli scolari tardivi. Roma 1909. 17 p.
23. *Gilarowskago*, Pathol. Anatomie und Pathogenese der Porenzephalie. Moskau 1909. (Russisch.)
24. *Goddard*, Die Untersuchung des Intellekts schwachsinniger Kinder. Eos. 6, H. 3.
25. *Heller*, Schwachsinnigenforschung, Fürsorgeerziehung und Heilpädagogigk. Halle 1909. 42 S. (S. 115*.)
26. *Heller*, Zur Klassifikation des jugendlichen Schwachsinns. Ztschr. f. päd. Psych. 1909, S. 52.
27. *Hellmann*, Anat. Studien über den Mongolismus. Arch. f. Kinderheilk. 49, H. 5 u. 6. (S. 110*.)





28. *Herderschêe*, Untersuchung Schwachsinniger. Tijdscr. van Geneesk. No. 11.
29. *Herfort*, Einführung in das Studium des schwachsinnigen Kindes. Pedag. Rosh. XXII. (Tschechisch.)
30. *Herfort*, Das schwachsinnige Kind im Licht der biologischen Forschung. Zlast. Ot. (Tschechisch.)
31. *Hess*, Pädagog. Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskrankheiten. Zentralbl. f. Nervenheilk. Nr. 277.
32. *Heubner*, Mißgeburt mit vollständigem Mangel des Großhirns. Char.-Ann. XXXIII. (S. 108*.)
33. *Hutchinson*, Myxödem in der Kindheit. Brit. Journ. of childr. dis. Febr.
34. *Ishikawa*, Über die der fam. amaur. Idiotie verwandte Krankheit mit histologischer Beschreibung. Klin. Mtsbl. f. Augenheilk. 1909. S. 73. (S. 113*.)
35. *Kellner*, *Clemens*, *Bruckner* und *Rautenberg*, Wassermannsche Reaktion bei Idiotie. Deutsche med. Wschr. Nr. 42. (S. 114*.)
36. *Kötscher*, Geschlechtliche Perversitäten bei Schwachsinnigen. Eos. 6., H. 1.
37. *Küffner*, Die Grenzen des Schwachsinns in der Theorie und Praxis. Cap. ces. lek. 42.
38. v. *Kutschera*, Zur Epidemologie des Kretinismus. Das österreich. San.-Wesen Nr. 41. (S. 109*.)
39. *Laquer*, Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinns in den ersten Schuljahren. 2. Aufl. München 1919. 37 S. (S. 106*.)
40. *Levi*, Contr. à l'étude de l'infantilisme du type lorrain. Nouv. Icon. de la Salp. 1908. Oktober. (S. 111*.)
41. *Lippmann*, Zusammenhang von Idiotie und Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 47.
42. *Lipschütz*, Ein Fall von Idiotie mit Glykosurie und akromegalischen Erscheinungen. Berlin. Dissert. 1909. (S. 113*.)
43. *Major*, Die Erkennung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Leipzig 1909. 53 S. (S. 106*.)
44. *Meltzer*, Zentralnervensystem bei Mongolismus. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 1909. H. 3. (S. 110*.)
45. *Metlzer*, Über mongoloide Idiotie. Ztschr. Behandl. Schwachs. etc. S. 69. (S. 110*.)



46. *Nathan*, Über die Assoziationen von Imbezillen und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. IV, H. 4. (S. 107*.)
47. *Neurath*, Über Idiotie im Kindesalter. Med. Klin. Nr. 6.
48. *Nichols*, Partielles Myxödem. Journ. of Americ. Assoc. no. 15.
49. *Parhon* et *Goldstein*, Un cas d'idiotie amaurotic typ *Tay-Sachs*. Rev. neurol. 1909, no. 14.
50. *Paul-Boncour*, Education des enfants arrièrés. Progr. méd. no. 13.
51. *Pighini*, Un caso di microcephalia pura. Riv. sper. di fren. vol. 35, fasc. II, III.
52. *Poynton*, Familiäre amaurotische Idiotie. Brit. med. Journ. nr. 2532.
53. *O. Ranke*, Beiträge zur Kentnnis der normalen und pathologischen Hirnrindenbildung. Zieglers Beitr. 47, S. 51. (S. 108*.)
54. *O. Ranke*, Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. Ztschr. jug. Schwachs. (*Vogt-Weygandt*) II, H. 1, 2. (S. 114*.)
55. *Rizor*, Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der in den Anstalten befindlichen über 14 Jahre alten Fürsorgezöglinge Westfalens. Ztschr. jug. Schwachs. (*Vogt-Weygandt*) III, H. 2. (S. 115*.)
56. *Rondoni*, Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns. Arch. f. Psych. 45, H. 3. (S. 108*.)
56a. *Rondoni*, On some hereditary syphilitic Affections of the nervous system. Proc. of Roy. Soc. February. (S. 114*.)
57. *Salin*, Deux cas de crétinisme avec surdité simulant l'idiotie. L'Encephale no. 8.
58. *de Sanctis*, Mongolismus. Eos. H. 4.
59. *Schaffer*, Über die Anatomie und Klinik der *Tay-Sachs*schen amaurotisch-familiären Idiotie mit Rücksicht auf verwandte Formen. Ztschr. f. jug. Schwachs. (*Vogt-Weygandt*) III, H. 3. (S. 112*.)
60. *Scharling*, Den infant. mongolisme og Tuberculosen. Nyt. Tids. f. Abnormvaes 1910.
61. *Scharling*, Über Porenzephalie. Ztschr. f. jug. Schwachs. III, H. 5. (S. 108*.)
62. *Schmidt*, Die körperliche Erziehung in der Hilfsschule. Halle 1909. 20 S.
63. *Schnitzer*, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des chronischen Hydrocephalus. Ztschr. f. jug. Schwachs. (*Vogt-Weygandt*) III, H. 3. (S. 109*.)

64. *Schnitzer*, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Ztschr. f. Psychoth. u. med. Psychol. Bd. 1, H. 2—4.

65. *Scholz* und *Zingerle*, Über Gehirnveränderungen beim Kretinismus. Ztschr. f. jug. Schwachs. III, H. 4. (S. 109*.)

66. *Schuster*, Über die familiäre amaurotische Idiotie mit anatomischem Befund eines Falles vom Typus *Tay-Sachs*. Arch. f. Augenheilk. 64, H. 1. (S. 113*.)

67. *Seelig*, Über psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. Psychoth. I, H. 2. (S. 115*.)

68. *Smead*, Mong. Id. Journ. of americ. Assoc. 1909, July.

69. *Sofer*, Die Bekämpfung des Kretinismus in Österreich. Ther. Mtsh. 11.

70. *Stock*, Über eine bis jetzt noch nicht beschriebene Form der familiär auftretenden Netzhautdegenerationen. Klin. Mtsbl. f. Augenheilk. 1908, S. 225. (S. 113*.)

71. *Strohmayer*, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Tübingen 1910. 303 S. (S. 103*.)

72. *van Valkenburg*, Surface and structure of the cortex of a microcephalic idiot. Ak. Wet. Amsterdam, Okt. 28.

73. *H. Vogt*, Infantilismus. Enc. Jahrb. 1909.

74. *H. Vogt*, Epilepsie und Schwachsinnszustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. 49, H. 5 u. 6. (S. 111*.)

75. *H. Vogt*, Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin 1909. 234 S.

76. *H. Vogt*, Familiäre amaur. Idiotie, histologische und histopathologische Studien. Arch. f. Kinderheilk. 51, H. 1 u. 2. (S. 113*.)

77. *H. Vogt*, Familiäre amaur. Idiotie. Enzyklop. Jahrb.

78. *H. Vogt*, Tuberöse Sklerose, Enc. Jahrb. 1909. (S. 112*.)

79. *Volland*, Weitere Beitsäge zum Krankheitsbild der tuberösen Sklerose. Ztschr. f. jug. Schwachs. III, H. 3. (S. 112*.)

80. *Warburg*, Das Farbenbenennungsvermögen als Intelligenzprüfung bei Kindern. Münch. med. Wschr. 49. (S. 106*.)

81. *Weygandt*, Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt. Deutsche med. Wschr. Nr. 46. (S. 105*.)

82. *Wimmer*, Über Assoziationsuntersuchungen schwachsinniger Kinder. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 25, H. 2.

83. *Ziehen*, Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter. Berlin 1909. 32 S. (S. 107*.)



84. *Ziehen*, Über einen Fall von Hemihypertrophia faciei mit angeborenem Schwachsinn. Ztschr. f. jug. Schwachs. III, H. 3.

Die Literatur auf dem Gebiete des Schwachsinnigenwesens zeigt in den letzten Jahren eine ganz gewaltige Steigerung. Diese Zunahme erfolgt von den verschiedensten Seiten und ist nicht eine rein medizinische. Auf dem medizinisch - psychiatrischen Gebiet bewegt sich die Forschung zurzeit hauptsächlich in zwei Richtungen: die eine geht vom Speziellen zum Allgemeinen, sie erstrebt in anatomischer, klinischer, psychologischer Beziehung einzelne Krankheitsbilder aus dem großen Sammelbecken der Idiotie herauszuheben, und wir sind in der Tat auf diesem Wege in den letzten Jahren zur genaueren Kenntnis einer Reihe von scharf präzisierten Krankheitsbildern (fam. amaur. Idiotie, tuberöse Sklerose, Mongolismus, einzelnen Epilepsieformen, Psychasthenie, Fälle der psychopatischen Konstitution usw.) teils neu gekommen, teils haben unsere Kenntnisse sich in erfreulicher Weise vertieft. Der andere Weg geht vom Allgemeinen aus und sucht das ganze Gebiet der Psychopathie des Kindesalters analytisch zu betrachten oder vom jeweils gegebenen Standpunkt (Kinderarzt, Psychiatrische Klinik, Begutachtung vor Gericht usw.) zu erfassen. Wir begegnen hier den jugendlichen Defektzuständen nur als einem Teilgebiet der Psychopathologie des Kindesalters. Die Literatur von anderer Seite her, besonders von pädagogischer Seite, befaßt sich hauptsächlich mit den jugendlichen Schwachsinnszuständen im engeren Sinne, besonders auf dem Gebiete des Hilfsschulwesens sind hier von Jahr zu Jahr eine Reihe sehr wertvoller Beiträge, und auch im letzten Jahr, zu begrüßen gewesen. Außerdem aber geht namentlich von der Jugendgerichtsbewegung und von andern aktuellen Fragen des jugendlichen Rechtsgebiets (Berufsvormundschaft, Fürsorgeerziehung) manche Anregung aus zu einer besseren Erkenntnis der jugendlichen Defektzustände, besonders nach ihrer sozialen Bedeutung. Auf diesem Gebiete führt die wissenschaftliche Psychiatrie im ganzen noch einen Kampf um die Anerkennung und praktische Durchführung ihrer Gesichtspunkte.

Das Jahr 1909 hat eine traurige Bedeutung für die Geschichte des Gebiets durch den Tod *Bournevilles*, eines der verdienstvollsten und bedeutendsten Vorkämpfer und Forscher. Ein Nekrolog aus der berufenen Feder *Weygandts* findet sich in der Zeitschrift für jugendlichen Schwachsinn Heft 3.

## I. Allgemeine Schriften über das Gebiet, Lehrbücher usw.

*Strohmayer* (71) stellt in einem sehr gut geschriebenen Buch, das überall auf eigener Erfahrung aufgebaut ist und dem eine Reihe ausgezeichneter Krankengeschichten beigegeben sind, die gesamten psychopathischen Erscheinungen des Kindesalters dar. Die Einleitung erörtert geschickt und beiden Teilen gerecht werdend das Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik. Der Arzt soll, wo er an das Gebiet herantritt, eine ausreichende Kenntnis der jugendlichen Defektzustände auch vom erzieherischen Standpunkt aus mitbringen, dem Pädagogen ist Erziehung und Unterricht anvertraut, er soll nicht versuchen, ein psychiatrisches Halbwissen in die Praxis umzusetzen. Im Abschnitt: Die allgemeine Ätiologie



und Prophylaxe kindlicher Nervosität stellt der Verfasser — vielleicht etwas zu einseitig die rein neuropathische Belastung betonend — die bekannten Faktoren der Erblichkeit und der angeborenen Minderwertigkeiten dar. Er betont dabei mit Recht den Wert individualstatischer Forschungen, ferner eine Reihe von Erscheinungen, in denen erbliche Faktoren, Erziehung und Milieu zusammenwirken. „Die Eindrücke der Kinderstube sind von tiefer Wirkung auf den Habitus und die Gedankenwelt des Kindes." „Die Kinderfehler des pädagogischen Alters treten erfahrungsgemäß bei neuropathisch veranlagten doppelt stark in Erscheinung." So kann schon von Anfang an eine sachgemäße Erziehung derartige von Natur neuropathische Kinder gesundheitlich wohltuend beeinflussen: „Ruhe und Stetigkeit, nicht eine die reizbare Resonanz erhöhende Vielgeschäftigkeit und Unrast tut ihnen not." Die Disziplinierung des Affektlebens, Abhärtung gegen Schmerz, die Fernhaltung ungesunder Lektüre, Einfachheit, Schätzung der kostbaren Zeit, ein gesunder Optimismus sind hier Dinge von größter Bedeutung, die die Umgebung derartigen Kindern von vornherein mitzugeben hat. Gegen die sexuelle Hypersensibilität empfiehlt der Verfasser eine „planvolle sexuelle Aufklärung". Die Frage der Ernährung, der Wechsel von Betätigung und Ruhe, die Körperpflege werden eingehend besprochen. Besonders packend und praktisch sind die Darbietungen über die Ermüdbarkeit, die Überbürdung und die wichtige Frage, daß die moralischen Qualitäten der Schüler in engem Konnex stehen zur Ermüdungsfrage. In einer Reihe von instruktiven Kapiteln stellt der Verfasser dann die einzelnen Krankheitserscheinungen und Krankheiten dar: die psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters (die sog. Grenzfälle), die Neurasthenie und Chorea, die Hysterie und Epilepsie, sowie das große Kapitel des jugendlichen Schwachsinns, schließlich die Moral insanity-Frage und die akuten Geistesstörungen des kindlichen Alters. Im Kapitel „Symptomatologie des angeborenen Schwachsinns" findet sich eine sehr gute Analyse der Psychologie jugendlich Schwachsinniger.

*H. Bösbauer*, *L. Miklas*, *H. Schiner* (7) geben in ihrem Buch, das ursprünglich auf Veranlassung des österreichen Vereins „Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptische" bearbeitet worden ist, in erster Linie eine zusammenhängende, die modernen Fortschritte berücksichtigende Darstellung der heilpädagogischen und sozialcharitativen Hilfstätigkeit für Schwachsinnige. Das Buch ist aus pädagogischen Arbeitskreisen hervorgegangen. Es ist daher besonders zur Orientierung über die sehr eingehend behandelten Fragen der Erziehung und des Unterrichts Schwachsinniger zu empfehlen. Die verschiedenen Lehrmethoden und die Unterrichtsfächer in Hilfsschulen werden nach eigenen Erfahrungen dargestellt, die medizinischen Fragen (Ursachen, Symptome, Behandlung) sind mehr referierend behandelt. Das Buch bringt eine reichhaltige Aufzählung der einschlägigen Literatur.

*Dannemann*, *Schulze*, *Schober* (14): Das Handbuch gibt in lexikographischer Anordnung eine Übersicht über die in Betracht kommenden Fragen des Gebietes. Man erkennt den Versuch, überall kompetente Autoren heranzuziehen für die Bearbeitung der Kapitel, die indessen doch etwas ungleich ausgefallen sind. Soweit man bisher nach den vorliegenden Heften sagen kann, ist das Buch besonders für den nichtmedizinischen Anstaltsbeamten, Lehrer, Fürsorger usw. ein brauchbares



Nachschlagebuch; es wird im nächsten Jahresbericht, wenn das Werk inzwischen vollständig vorliegt, Veranlassung zu nehmen sein, darauf zurückzukommen.

*Neurath* (47) gibt eine Übersicht über die klinischen Krankheitsbilder der „Idioten". *Schnitzer* (64) bringt ein umfassendes, kritisch gehaltenes Referat, das namentlich unter Berücksichtigung der Literatur der letzten Jahre unser Wissen über das gesamte Geibet übersichtlich referiert. Besonders gut ist der Abschnitt „pathologische Anatomie und Klinik" gelungen. *Weygandt* (81) vertritt in seiner Arbeit zunächst den Standpunkt, daß man Imbezillität und Idiotie nicht scharf trennen kann. Vielmehr läßt sich ein Verständnis für die mannigfachen Erscheinungen bei der Imbezillität erst gewinnen, wenn man von den Krankheitsformen der Idiotie ausgeht. Man kann für die Idiotie folgende Formen unterscheiden: die familiäre amaurotische Idiotie, den thyreogenen Schwachsinn, den Mongolismus, die Anlagehemmung, den enzephalitischen Schwachsinn, die Hydrozephalie, die meningitischen Formen, die luetischen Formen, die tuberöse Sklerose, den epileptogenen Schwachsinn, die Fälle von Dementia praecox im Kindesalter und die Dementia infantilis. Für die Imbezillität ist eine Unterordnung der Fälle unter diese Formen nur in selteneren Fällen möglich. Wir sind hier hinsichtlich einer Analyse des einzelnen Falles mehr angewiesen auf das quantitative Moment der Ausbildung der psychischen Qualitäten. *Weygandt* unterscheidet folgende Gruppen: 1. Fälle, bei welchen ein intellektueller und ein affektiver Defekt besteht (torpide Imbezillität), 2. Fälle, welche neben mangelhaftem Empfinden und Intellekt lebhafte Affekte zeigen, Phantasten, Träumer, Haltlose, reizbare Naturen. Die Vertreter der ersten Gruppe sind asoziale Naturen, die der zweiten vorwiegend schutzbedürftig. Eine 3. Gruppe zeigt eine ausreichende Ausbildung der intellektualen Eigenschaften bei mangelhafter Ausbildung der Gefühlstöne: Trotzköpfe, Tierquäler, antisoziale Naturen. Die drei Formen stellen Grenzwerte dar, die Mehrheit zeigt Übergangs- und Mischformen. Bei der Gradbeurteilung darf man nicht vergessen, das Milieu zu berücksichtigen. Über den forensischen Teil der Arbeit vgl. den betreffenden Abschnitt der Referate dieses Heftes. *Kuffner* (37) gibt eine Darstellung der Grenzzustände des Schwachsinns. *Friedländer* (21) diskutiert in sehr anziehender Darstellung die Frage der moral insanity. Er stellt sich auf den Standpunkt, daß es eine moral insanity als Krankheitsbild sui generis (im Sinne der Monomanien der französischen Autoren etwa) nicht gibt. Die Patienten mit moral insanity sind defekte Naturen, die oft auch Erscheinungen auf andern Gebieten erkennen lassen. *Heller* (26) stellt die Rolle der Aufmerksamkeit (wie es bereits *Sollier* getan hatte) für die Beurteilung der Schwachsinnsgrade in den Vordergrund. *Bayerthal* (1) stellt die Beziehungen des chronischen Alkoholismus der Erzeuger zum Schwachsinn der Nachkommen dar.

## II. Symptomatologie, Erkennung und Behandlung Schwachsinniger.

Die kleine, aus einem Vortrag hervorgegangene Schrift *Ziehens* (83) soll nicht nur dem Arzt, sondern auch dem medizinischen Laien die Grundlagen für die Erkennung der Frühsymptome des Schwachsinns vermitteln. Damit soll nicht gesagt sein, daß nicht auch der Arzt aus der Schrift sehr viel lernen kann. In der bekannten

Gründlichkeit des Verfassers sind eine Reihe von Handhaben gegeben, die man sonst in dieser praktischen Form kaum wieder irgendwo zusammengestellt finden wird, so Angaben über die körperliche und geistige Entwicklung des normalen Kindes, Angaben über das Fassungsvermögen der Kinder in den einzelnen Altersstufen, für gewisse Unterschiede, für die Farbenbezeichnung, das Zahlenvorstellungsvermögen usw. Die Schrift ist auch für den Psychiater, für den sie an vielen Stellen eingehende Hinweise bringt, von großem Wert.

*Laquers* (39) bekannte, aus praktischen Erfahrungen und besonders der langjährigen Mitarbeit an den Frankfurter Hilfsschulen hervorgewachsene Schrift liegt in zweiter Auflage vor. Der Verfasser erörtert zuerst die verschiedenen Schwachsinnsgrade, Debilität, Imbezillität und Idiotie. Eine eingehende und völlig berechtigte Würdigung vom ärztlichen Standpunkt aus erfährt das im Mannheimer Schulsystem durchgeführte Prinzip der Trennung der Schüler nach ihrer Begabung, desgleichen die Schularztfrage. Der Personalbogen, wie er hauptsächlich mit durch das Verdienst des Verfassers bei den Frankfurter Hilfsschulen eingeführt worden ist, wird erörtert und seine einzelnen Punkte besprochen. Die lehrreiche Schrift, die für die Frage bahnbrechend gewirkt hat, orientiert in der neuen Form eingehend über den ganzen Stand der Frage.

*Major* (43) gibt eine Reihe von Artikeln in zusammenhängender Form, die bereits früher in der Zeitschrift für experimentelle Pädagogik usw. einzeln erschienen waren. Der Verfasser bespricht die körperlichen und geistigen Merkmale des jugendlichen Schwachsinns und gibt besonders eine anschauliche und praktisch sehr brauchbare Darstellung für die Untersuchung schwachsinniger Kinder, eine Technik, an deren konziser Fassung es uns fast noch völlig fehlt und die mehr oder weniger jeder nach seinem eigenen Geschmack übt. Die Schrift enthält auch über die „heilpädagogische Behandlung" eine Reihe wertvoller Darbietungen, die den geübten und erfahrenen Pädagogen verraten und die in ihrer frischen Darstellungsweise auch für den medizinischen Fachmann anregend sind.

Die Untersuchung Schwachsinniger ist ein schwieriges Kapitel, wenn sie auf exakten Voraussetzunegn basiert und nicht rein Gefühlssache sein soll. *Goddard* (24) teilt in seiner Arbeit erst die bisherigen Wege mit, auf denen man versucht hat, bestimmte Testes zu schaffen. Er gibt dann die von ihm geübten Methoden an, welche zum Teil auf den *Binet*schen Angaben aufgebaut sind. Die Fragemethoden zeichnen sich durch die Anschaulichkeit der wachgerufenen Vorstellung aus („Was soll man tun, wenn man müde und zu weit von Hause weg ist?" „Was tut man, wenn man müde ist?" usw.) Wirklich Neues bringen die Mitteilungen nicht. *Herderschêe* (28) gibt einen Überblick über die Gebrauchsmethoden der Untersuchung, ebenso *Herfort* (30). Einen neuen Weg stellt die Arbeit von *Warburg* (80) dar, er weist nach, daß das Farbenbenennungsvermögen ein brauchbarer Index ist. Ein absolutes Mittelmaß gibt es natürlich auch hierbei nicht, auch muß man die angeborene Farbenblindheit, die nichts mit Imbezillität zu tun hat, und das Milieu vor allem berücksichtigen. Schaltet man diese Fehlerquellen aus, so läßt sich immerhin feststellen, daß die Normalschüler weit besser Farben benennen als die Hilfsschüler: bei ersteren benennen etwa 20% in der Unterstufe alle Farben richtig, bei Hilfsschülern nur 3%. Die Mädchen geben durchweg bessere Resultate als die



Knaben. *Nathan* (46) hat sich bei den Untersuchungen an Imbezillen die Aufgabe gestellt, durch Assoziationsversuche objektive, d. h. zahlenmäßig darstellbare Kriterien für den Reichtum bzw. die Armut der ausgelösten Vorstellungen zu gewinnen. Es ließ sich nachweisen, daß die Imbezillen zeigen: Verlängerung der Reaktionszeit, Steigerung von symmetrischen Assoziationen und von formalen Reaktionen, Häufigkeit von Stereotypien, sinnlose Reaktionen in großer Zahl, sprachliche Unsicherheiten und Ungeschicklichkeiten, Phantasmen aller Art; als Gründe hierfür ergaben sich intellektuale Defekte, Mangel der Konzentrationsfähigkeit, gesteigerte Phantasie und Perseveration; die erethische Imbezillität zeigt eine besonders stark hervortretende Störung der Aufmerksamkeit. Zu ähnlichen Resultaten ist *Wimmer* (82) gekommen. *Kötscher* (36) gibt eine klinische Übersicht über die bei Schwachsinnigen vorkommenden sexuellen Perversitäten. *Ziehen* (84) teilt einen sehr interessanten Fall mit, derselbe betrifft ein 9jähriges debiles Mädchen mit Hemihypertrophia faciei: das Auge der erkrankten Seite zeigte eine Neurokeratitis paralytica. Dieses Moment und eine Reihe anderer, besonders die Lokalisation des Prozesses, weisen auf das Ausbreitungsgebiet des Trigeminus hin. Bei der Geburt des Kindes war die linke Gesichtshälfte fest in das Becken eingepreßt worden und *Ziehen* leitet daraus die Annahme ab, daß das Ganglion Gasseri hierbei kontusioniert worden ist. Gegen eine Beteiligung der Hypophyse sprach das Fehlen akromegalischer Erscheinungen und die Lokalisation des Prozesses. Die Läsion muß vielmehr auf eine Läsion des Quintus und zwar speziell seiner sympathischen Fasern bezogen werden. *Lipschütz* (42) teilt einen interessanten Fall von Idiotie mit Glycosurie und Akromegalie mit.

## III. Krankheitsbilder.

### Anlagemängel des Gehirns.

Eine der wichtigsten Ursachen für die Entstehung solcher Hirnveränderungen, welche zum Schwachsinn führen, sind Hemmungen und Abänderungen der Entwicklung des Gehirns. Diese Veränderungen können bedingt sein einmal durch primäre Störungen der Keimanlage oder durch Erkrankungen des Fötus in utero. Zu den ersteren Störungen gehören die als Mikrozephalia pura bezeichneten Fälle, wie *Pichini* (51) einen solchen mitgeteilt hat. Es handelt sich hier um einen 22jähr. Mikrozephalen mit 44 cm Schädelumfang und einem Hirngewicht von 474 g. Das Gehirn war in allen seinen Teilen ziemlich gleichmäßig reduziert. Psychisch handelte es sich um einen ziemlich tiefstehenden Idioten. *Van Valkenburg* (72) gibt eine genaue Beschreibung der Oberfläche eines Mikrozephalengehirns von 390 g (38jähr. weiblicher Idiot). Die mikroskopische Untersuchung ergab hier in der Rinde teilweise einen ausgesprochenen embryonalen Schichtungstypus, gut entwickelt waren namentlich die inneren Lagen der Rinde, während die supragranulären Pyramiden mangelhaft gebildet waren. (Die letzteren sind ja (*Ref.*) sowohl in phylogenetischer Beziehung (*Mott*, *Kappers*), wie in ontogenetischer (*Rondoni*) die höherstehenden Systeme.) Störungen der Rindenarchitektonik können aber natürlich auch vorkommen, ohne daß mikroskopisch sich eine Veränderung in der Bildung und Anlage des Gehirns vorfindet, denn die Ausbildung der Architektonik der Rinde geschieht erst lange nach Fertigstellung des groben morphologischen Aufbaus. *O.*

*Ranke* (53) hat in einer ausgezeichneten kritischen und auf zahlreichen eigenen Untersuchungen basierenden Studie die Störungen der Bildung der normalen Rindentechnik studiert. *Ranke* macht u. a. darauf aufmerksam, daß das fötale Gehirn eine superfizielle Körnerschicht besitzt, welche normalerweise später verschwindet, welche aber unter pathologischen Verhältnissen erhalten bleiben kann, oder aus welcher durch eine anormale Umbildung Zellen hervorgehen können, die wir dann im sogenannten „zellfreien Rindensaum" später finden. Derartige Befunde kann man bei Idiotengehirnen nicht selten erheben, wie *Ranke* zeigte. *Ranke* konnte ferner dartun, daß sich von den feinen Wärzchen dieser Körnerschicht, welche sich gleichfalls normalerweise etwa im dritten oder vierten Fötalmonat erheben und die sich später wieder ausgleichen, allerlei Krankheitszustände ableiten können durch eine paradoxe Furchung, die von diesen Wärzchen aus entsteht (manche Fälle von Mikrogyrie), auch aus andern passageren Stufen der embryonalen Entwicklung, den sogenannten Keimbezirken um die Gefäße und dergleichen mehr konnte *Ranke* Zustände ableiten, die bei Idiotengehirnen zu finden waren. Dieser Anschluß der oft so schwer verständlichen Veränderungen an den Gehirnen von Idioten an normale Zustände der embryonalen Entwicklung und der Nachweis, daß manche jener pathologischen Befunde sich durch das Erhaltenbleiben einer normalerweise vorübergehenden, nur temporär bestehenden fötalen Entwicklungsstufe ableitet, entweder lediglich durch das Erhaltenbleiben dieses Zustandes oder durch eine von ihm ausgehende Exzessivbildung, ist natürlich für die pathologische Anatomie der Idiotie von sehr großer Bedeutung.

*Heubner* (32) beschreibt einen Fall von fast totalem Mangel des Großhirns. Die Mißgeburt hat mehrere Tage gelebt und konnte klinisch studiert werden.

Die Porenzephalie kann sich ursächlich aus mancherlei Störungen ableiten. Sie kann die Folge einer einfachen Entwicklungshemmung sein oder sie kann dadurch entstehen, daß entzündliche Vorgänge einen größeren oder kleineren Teil der Hemisphärenwand zerstören, dabei können derartige Vorgänge entzündlicher, vaskulärer oder traumatischer Natur vor oder nach der Geburt einsetzen. *Scharling* (61) hat einen recht interessanten Fall dieser Erkrankung mitgeteilt, der einen tiefstehenden Idioten mit epileptischen Krämpfen betrifft. Links bestanden, namentlich nach den Anfällen, Paresen und Spasmen. Die linke Hemisphäre des Gehirns war normal, die rechte war atrophisch (Gesamtgewicht 875 g), in der Gegend des Schläfenlappens bestand eine Zyste. Die Masse waren: linke Hemisphäre 21 cm lang, 17,5 cm breit, die rechte 9 cm lang, 5 cm breit. Der Grund der Zyste reichte in den Linsenkern, am Rand des kraterförmigen Loches brachen die sonst normal verlaufenden Windungen jäh ab. Die Krankheit setzte in den ersten Lebensmonaten ein, nachdem das Kind bis dahin gesund gewesen sein soll. Sowohl dieser Umstand, wie andere Tatsachen (Spuren einer überstandenen entzündlichen Krankheit, Piaadhäsionen, Sklerose) sprechen dafür, daß wir es mit einem auf enzephalitischer Basis entstandenen Falle zu tun haben. *Scharling* diskutiert dann die Frage der Porencephalia vera Bourneville (durch Anlagemangel) und der sog. Pseudoporenzephalie (destruktive Krankheitsprozesse). *Scharling* hält mit *Weygandt* diese Trennung für unrichtig. Unterschiede bestehen insofern, als in einer Reihe von Fällen der Defekt bis tief in den Ventrikel reicht, in anderen nicht, als ferner —



meist bei den Fällen der ersteren Art — die Windungen radiär zum Defekt stehen, während sie im andern Falle normal verlaufen und am Rande des Defekts abbrechen. Dieses Moment hängt aber lediglich ab von dem Zeitpunkt des Einsetzens der Erkrankung. *Gilarowskago* (23) bringt eine monographische Darstellung der Lehre von der Porenzephalie.

Hydrozephalie: Die beiden Fälle von *Schnitzer* (63) zeigten eine ganz enorme Atrophie des Großhirns, es war in beiden Fällen eigentlich vom Hemisphärenmantel so gut wie nichts mehr vorhanden, sondern nur die tieferen Teile, die Stammganglien vom Großhirn erhalten geblieben. Die Fälle waren insofern aber verschieden, als sie einen Hinweis gaben auf verschiedene Entstehungsmöglichkeiten der Affektion. Der eine Fall zeigte nämlich eine enorme Verengerung der Sinus und Venen und legt dadurch vielleicht die Annahme einer rein mechanischen Störung nahe, er ließ entzündliche Veränderungen jeder Art vermissen, welche im zweiten Falle sehr ausgesprochen waren.

Thyreogener Schwachsinn: Das bekannte Buch von *Ewald* (17) über den Kretinismus ist im vergangenen Jahr in zweiter Auflage erschienen. Der Verfasser ist auf dem Gebiete, auf welchem fortwährend eine so lebhafte Arbeit herrscht, überall den neueren Ergebnissen der Forschung gerecht geworden. Zu dem Standpunkt von *E. Bircher*, der 1908 durch eine Aufsehen erregende Arbeit die Forschung des Kretinismus auf eine neue Grundlage gestellt hat, indem er zeigen konnte, daß der organisierte Erreger der kretinischen Degeneration überall nur in solchem Wasser vorkommt, welches geologische Schichten von ganz bestimmter Qualität passiert hat oder diesen entstammt (marine Ablagerungen des paläozoischen Zeitalters, der Trias und des Tertiär) nimmt *Ewald* einstweilen einen abwartenden Standpunkt ein. Die Darstellung der Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, die Krankheitszeichen usw. sind in erschöpfender Weise dargestellt. Dem Buch ist in einem kurzen Referat nicht gerecht zu werden. Die zweite Auflage stellt eine völlige Umarbeitung der früheren Ausgabe dar. *Ewald* stellt insbesondere auch die verschiedenen Formen der kretinischen Degeneration Kropf, endemischen Kretinismus (denen *E. Bircher* die endemische Taubstummheit, *Weygandt* den endemischen strumösen Schwachsinn, eine Abortivform, angereiht haben, *Ref.*), als eine einheitliche, durch eine infektiöse Noxe verursachte Krankheitsform dar. — Wie die Schrift von *Cerletti* und *Perusini* (12) zeigt, geht man in Italien mit dem Gedanken um, eine große Organisation zur Bekämpfung der endemischen kretinischen Degeneration ins Werk zu setzen: Die Schrift gibt Maximen für die Vorarbeit einer derartigen Organisation, zunächst hinsichtlich Feststellung von Ausdehnung und Verbreitung der Krankheit, sowie hinsichtlich der Frage des Befallenseins solcher Personen, welche in ein Krankheitsgebiet neu eingewandert sind. *Sofer* (69) und *v. Kutschera* (38) machen Angaben über Ausbreitung und Bekämpfung der Endemie in den österreichischen Ländern. Die Arbeiten von *Hutchinson* (33) und *Nichols* (48) sind klinische Studien über das infantile Myxödem ohne besondere neue Gesichtspunkte. *Scholz* und *Zingerle* (65) haben zwei Fälle von Kretinismus histologisch hinsichtlich der Veränderung im Gehirn eingehend studiert. Sie stellten zunächst fest, daß die Gehirne makroskopisch normal waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab zweierlei Veränderungen:

1. ausgesprochene Entwicklungshemmung, es waren eine große Zahl der Elemente nicht im Stadium der völligen Reife, auch die Anordnung und Lagerung der Elemente zeigte Verhältnisse, wie man sie sonst mehr für die embryonale Rinde für charakteristisch ansieht. Relativ oft sieht man Zellen eng aneinander, wie in einem synzytialen Verband, ein Bild, das von den Autoren wohl mit Recht als ein sicheres Zeichen mangelnder Reife gedeutet wird. Außerdem aber zeigten die Gehirne(2) degenerative Veränderungen und zwar Bilder der verschiedensten Formen regressiver Metamorpose, sowohl an den Ganglienzellen wie an den Nervenfasern. Die Störungen, besonders die Bewegungsstörungen der Kretinen, werden als ausgesprochen kortikaler Natur aufgefaßt. Einen spezifisch charakteristischen pathologisch-anatomischen Befund haben die Untersuchungen nicht ergeben; Zeichen älterer schwerer, entzündlicher Veränderungen, besonders an den mesodermalen Gewebeteilen fehlen jedenfalls überall. *Salins* (57) Fall von Taubheit bei Kretinismus zeigt, wie recht *E. Bircher* hatte, als er die Störungen des Gehörs, die Schwerhörigkeit und die endemische Taubstummheit, die nach seinen Angaben auch in kretinen Gegenden besonders häufig sind, als eine besondere Form der kretinischen Degeneration zurechnete. — *Dexler* (15) beschreibt mehrere Fälle von kretinistischen Hunden. Die Erscheinungen sind in den bisher bekannt gewordenen Fällen, besonders auch in den Fällen *Dexlers* analog denen beim Menschen: Wachstumsstörungen, psychische Veränderung, namentlich Stumpfheit und die beim Hunde besonders stark hervortretende Schwerhörigkeit.

Mongolismus: In anschaulicher Darstellung geben *Meltzer* (45) und *de Sanctis* (58) einen Überblick über das gesamte Gebiet des Mongolismus. Neben den übrigen bekannten Zeichen geht *Meltzer* besonders auf den Herzbefund ein, er weist auf die oft nachgewiesenen angeborenen Herzfehler hin und auf die auch ohne solchen zuweilen nachweisbare Insuffizienz. Neu sind Untersuchungen über den Blutdruck. *Meltzer* konnte feststellen, daß normale Kinder und Idioten anderer Krankheitsformen einen Blutdruck von 80—100 zeigen (*Gärtners* Tonometer), Mongolen dagegen 45 bis höchstens 80. Die Triebkraft des Herzens ist also außerordentlich gering. *Meltzer* geht dann auf die lymphatische Konstitution, die Schädelveränderung, die Erscheinungen von seiten des Nerven- und Knochensystems, den psychischen Befund usw. näher ein, ebenso auf die als Todesursache häufige Tuberkulose. Der Artikel gibt einen sehr guten Gesamtüberblick über das Gebiet. Die auch von anderen Autoren so oft konstatierte Tatsache, daß mongoloide Idioten so oft an Tuberkulose sterben, hat *Scharling* (60) zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht. Das Material umfaßt 58 Fälle, es ließ sich nachweisen, daß 22% von diesen aus phthisischen Familien stammten. 29% der Fälle sind an Tuberkulose gestorben. Die Tuberkulose der Mongoloiden ist nur in der Minderzahl der Fälle eine Lungentuberkulose, meist eine Erkrankung anderer Organe, besonders der Verdauungsorgane. Aus diesem Grunde bieten sie nur eine geringe Infektionsgefahr für die andern Kranken, dagegen sind sie selbst sehr zur Ansteckung geneigt. Die Arbeiten von *Biach* (4) und *Smead* (68) geben Darstellungen des Gebietes im ganzen, bzw. kasuistische Beiträge. *Hellmann* (27) hat sieben Fälle der Krankheit unter Anwendung der modernen technischen Verfahren histologisch eingehend studiert. Makroskopisch zeigt das Mongolengehirn sehr oft niedrige Gewichts-



zahlen, ferner einen einfachen Windungstypus, doch ist dies ein zwar nicht seltener, aber kein regelmäßiger Befund. Die histologische Untersuchung ergab, daß keine entzündlichen Veränderungen oder sonstige Veränderungen an den mesodermalen Bestandteilen der Rinde vorliegen. Die Ganglienzellen waren größtenteils normal gebildet, zeigten aber viel unbestimmte Formen. Ihre Anordnung erinnerte stellenweise an den sechsschichtigen tektogenetischen Grundtypus von *Brodmann*, wie er für gewisse embryonale Entwicklungsstufen charakteristisch ist. Das einzig Positive waren also gewisse Merkmale der Hemmung in der Ausbildung der feineren Rindenarchitektonik und ebenso eine Verminderung des Fasergehalts. Diese Merkmale stellen kein primäres Krankheitsmoment, sondern die Folge einer tiefer liegenden Ursache, welche eben zu dieser Hemmung der Entwicklung führt, dar.

Infantilistische Zustände: Der Infantilismus ist nicht eine bestimmte Krankheitsform, wie *Anton* und *Digaspero* wollen, sondern ein Symptomkomplex, der einfach durch eine Behinderung der körperlichen oder geistigen Entwicklung oder beider Teile entsteht. Diese Behinderung bildet ein wesentliches Moment bei den vielen Krankheitsformen des jugendlichen Schwachsinns, der daraus resultierende Komplex zeigt entweder diese Hemmung in ihrer reinen Form oder mit unmittelbaren Krankheitsmomenten vermischt. So beschreibt *H. Vogt* (73) die verschiedenen infantilistischen Zustände, welche auf sehr vielgestaltiger Basis durch Mangel der inneren Sekretion (Thyreoidismus, Mongolismus usw.) oder durch andere Krankheitsmomente (Lues kongenita, Organaplasien, Disgenitalismus usw.) entstehen können. Die Studie von *Levi* (40) ist dem Type Lorain des Infantilismus gewidmet: es ist dies der von der Schilddrüse unabhängige Infantilismus, der mit allgemeinen Wachstums- und Entwicklungshemmungen des Körpers und des Geistes einhergeht. Der Typus entspricht ungefähr dem Alter der späteren (2.) Kindheit. *Levi* teilt zwei sehr gut beobachtete Krankengeschichten mit und besonders eingehende Röntgenstudien der Fälle (type adoleszente). Die Ursache wird im Mangel einer größeren Zahl von Drüsen mit innerer Sekretion gesehen.

Schwachsinn, Eklampsie und Epilepsie. In einer ausgezeichneten Studie hat *Birk* (6) an dem Krankenmaterial der Breslauer Kinder-Poliklinik und Klinik die verschiedenen Anfänge der kindlichen Epilepsie studiert und er ist dabei auch auf die Frage der Beziehung zum Schwachsinn eingegangen. Hierbei ergibt sich als interessant einmal, daß die in der Kindheit eklamptischen Säuglinge in relativ großer Zahl später in der psychischen Entwicklung versagen, nur ein relativ kleiner Teil entwickelt sich normal, eine große Zahl Hilfsschüler und Versager befinden sich darunter. *H. Vogt* (74 und 75) stellt die Beziehungen zwischen Schwachsinn und Epilepsie im Kindesalter zusammen. Ein Teil der ganz schweren genuinen Epilepsie des Kindesalters führt rasch zu tiefer Verblödung, hier haben wir einen rein epileptischen Schwachsinn vor uns. In den zahlreichen andern Zuständen entspringen Epilepisie und Schwachsinn aus gemeinsamen Ursachen, so auf der Basis der hereditären Lues, ferner in den Fällen nach Enzephalitis, die zu herdförmig organischen Schädigungen führen und bei denen dann zerebrale Kinderlähmung, Epilepsi eund Idiotie in mannigfacher Kombination vorkommt. Die tuberöse Sklerose führt zu Schwachsinn und Epilepisie. In einer großen Zahl von Fällen, die wir heute nicht näher analysieren können, sind Schwach-



sinn und Epilepisie bei Kindern aus anderen gemeinsamen Ursachen geflossen. Symptomatische epileptiforme Anfälle kommen übrigens bei jeder Idiotieform gelegentlich vor, der Idiot bewahrt offenbar hier ein infantiles Symtom, die erhöhte Neigung zu Krämpfen, längere Zeit als das normale Kind.

Tuberöse Sklerose. Die tuberöse Sklerose stellt seit langem ein anatomisch scharf umgrenztes Krankheitsbild dar, wenn auch neuere Untersuchungen uns im wesentlichen erst die Einzelheiten dieses eigenartigen anatomischen Prozesses bekannt gemacht haben (makroskopisch verbreiterte Windungen, Herde im Mark, kleine Tumoren in den Ventrikeln, mikroskopisch in den Herden das Auftreten eigenartiger, ihrer Natur nach noch nicht näher bekannter großer Zellen, ferner Auftreten ganz eigenartiger atypischer Gliawucherungen, Untergang des nervösen Gewebes). Neuerdings sind auch klinische Merkmale gefunden worden; welche der Mehrzahl der Fälle eigen sind: Herzveränderungen, Nierenerkrankungen, beides auf Tumorbildung der Organe beruhend, dazu in sehr vielen Fällen eine eigenartige Veränderung der Haut (Adenoma sebaceum), dazu in so gut wie in allen Fällen die Epilepsie: eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose in vivo erscheint heute ausführbar. Diese Tatsachen stellt *H. Vogt* (78) in seinem Artikel zusammen. *Volland* (79) bringt die Mitteilung von drei klinisch und anatomisch gleich gut studierten Fällen. Die Fälle bestätigten die bisherigen Befunde. Ein Fall zeigte einen Tumor der Schilddrüse (Adenom). Auch *Volland* faßt die Hirnveränderungen als tumorartige Prozesse, deren Eigenart eben durch den besonderen Charakter des Hirngewebes bedingt ist, auf; es handelt sich um eine Kombination von Entwicklungsstörung und Exzessivbildung. Neu und sehr interessant sind die Untersuchungen über die chemische Konstitution der makroskopisch normalen und der tuberösen Hirnrindenpartien bei der Krankheit: der Wassergehalt beider Teile war wenig verschieden, er zeigte bei der tuberösen Windung 83,3%, bei der „normalen" 82,5% (nach Formolhärtung!). Von besonders großem Interesse ist aber die Tatsache, daß die tuberöse Rinde einen Aschegehalt von 0,28% und saure Reaktion im Rückstand zeigte, während die normale Rinde 0,32% und neutrale Reaktion bot. Ferner boten die tuberösen Windungen einen größeren Fettgehalt und einen kleineren Prozentgehalt des Fettes an Phosphatiden gegenüber den normalen Partien, auch waren die erstern Teile um einen kleinen Betrag reicher an Lezithin.

Die familiäre amaurotische Idiotie ist seit den Beobachtungen von *Waren-Tay* und seit den anatomischen Untersuchungen von *Schaffer* ein klinisch und pathologisch-anatomisch einheitlicher Begriff. Sie stellt eine wohl abgegrenzte Form des Idiotismus dar, der uns hier — wenigstens in den frühen Fällen — als eine stürmisch verlaufende Krankheitsform erscheint. Der s. Zt. von *Schaffer* erhobene Befund: ubiquitäre Erkrankung der Ganglienzellen, Schwellungsprozeß derselben mit vielfach vorhandenen Auftreibungen der Dendriten ist von allen späteren Untersuchern bestätigt worden. In seiner neuesten, die Ergebnisse besonders der eigenen Untersuchungen zusammenfassenden Arbeit, erhärtet *Schaffer* (59), unter Hinweis auf neue Beobachtungen, jene fundamentalen, das pathologisch-anatomische Bild betreffenden Satz. Die Krankheit ist eine primäre und elektive Nervenzellerkrankung, dieser und der Erkrankung der Dendriten steht die generelle Integrität der Axonen gegenüber. Den Prozeß selbst faßt *Schaffer*



als einen primären Untergang des interfibrillären Hyaloplasmas auf: dieses schwillt an, dadurch gehen die Fibrillen (und zwar das „Innennetz", während das „Außennetz" erhalten bleibt) und ebenso die übrigen Zellteile zugrunde. Die Glia wuchert, es treten Riesengliazellen auf, die Markfaserung zeigt Ausfälle. *H. Vogt* hatte bereits früher darauf hingewiesen, daß es neben der *Sachs-Schaffer*schen Frühform (der „infantilen" Krankheitsform) auch eine dieser analoge Krankheitsform gibt, welche später auftritt, meist im 6.—14. Jahr beginnt, die weniger stürmisch verläuft („juveniler Typus"), der Krankheitsverlauf erstreckt sich meist über mehrere Jahre, während die infantilen Fälle ja meist nach höchstens einjähriger Krankheitsdauer zugrunde gehen. *H. Vogt* (76 u. 77) konnte nunmehr auch histologisch an zwei juvenilen, aus verschiedenen Familien stammenden Fällen feststellen, daß der pathologisch-anatomische Prozeß durchaus dem von *Schaffer* für die Frühfälle festgestellten entspricht. *H. Vogt* konnte in seinen Fällen in den gleichfalls ubiquitär geschwellten Zellen eine Ablagerung von Körnern beobachten, wie sie wiederholt auch in den Frühfällen und außerdem in den juvenilen Fällen *Spielmeyers* beobachtet war. Er faßt den histologischen Vorgang anders auf als *Schaffer*. *Parhou* und *Goldstein* (49), sowie *Poyton* (52) bringen kasuistische Beiträge zur *Tay-Sachs*schen Form der Krankheit. — In einer Reihe von Arbeiten ist ferner in der letzten Zeit besonders dem pathologisch-anatomischen Befund an den Augen (besonders natürlich der Retina) bei dieser Krankheitsform Beachtung geschenkt worden. Auch die Ganglienzellen der Retina zeigen diejenigen Veränderungen, welche den Ganglienzellen des Gehirns eigen sind; die innere Körnerschicht war im Falle *Schusters* stellenweise zugrunde gegangen, das Sinnesepithel war im Falle *Schuster* (66) nicht erkrankt, in den Fällen von *Stock* (70) und *Ishicawa* (34) aber gleichfalls erkrankt. Ein übersichtliches Referat über unsere gesamten bisher vorliegenden Kenntnisse, namentlich hinsichtlich der *Tay-Sachs*schen Form, gibt *Bing* (5).

Lues kongenita und Schwachsinn. Die bisherigen Angaben über den Einfluß der Lues kongenita auf den Schwachsinn beruhen mehr auf einer Schätzung oder auf dem unsicheren Fundament statistischer Prozentberechnungen, so haben *Wildermuth*, *König*, *Binswanger* unter den Idioten ein ursächliches Mitwirken der angeborenen Lues in 10—20% der Fälle, andere aber, wie *Brown*, *Shuttleworth*, viel geringere Zahlen, um 1% herum, angegeben. Die Arbeiten von *Lippmann* (41) und die von *Kellner*, *Clemens*, *Brückner* und *Rautenberg* (35) haben in verdienstvoller Weise den Versuch gemacht, diese klinisch und therapeutisch gleich wichtige Rolle der Lues kongenita mit Hilfe der *Plaut-Wassermann*schen Serumreaktion zu erforschen. *Lippmann* hat zunächst das Verhalten der Reaktion bei der Epilepsie studiert: Epileptiker geben nur dann die Reaktion positiv, wenn sie eben gleichzeitig luetisch infiziert sind. Dann untersuchte *Lippmann* 78 Fälle von Idiotie in Uchtspringe und später weitere Fälle in Dalldorf bei Berlin; von den ersteren Fällen ergaben sich 9%, von den letzteren (Großstadtmaterial!) 13.2% als luetisch (positiv). Es ist nun bekannt, daß bei sehr lange bestehender hereditärer Lues die erst positive Reaktion negativ wird, die Zahl der Luetiker ist also mit jenen Zahlen nicht erschöpft. So ließ sich denn unter Berücksichtigung der klinischen Befunde, etwaiger sicherer Zeichen von hereditärer Lues und der Anamnese im





ganzen feststellen, daß von den 121 untersuchten Kindern 33,8% luetisch waren. Unter Hinweis auf die von *Baisch* gefundene Tatsache, daß die Lues bei drei Viertel der Frauen, welche sicher luetische Kinder zur Welt bringen, latent verläuft, fordert *Lippmann* 1. eine ausgedehnte Anwendung der *Wassermann*schen Reaktion in Frauenkliniken, 2. eine energische Behandlung der Kinder bei leisestem Verdacht. Er geht sogar so weit, daß er sagt, man solle alle Fälle von Idiotie antiluetisch behandeln. Der Vorschlag ist, wenn man insbesondere die von *Ziehen*, *Homén* usw. mitgeteilten Erfolge bei bereits bestehendem Schwachsinn bedenkt, nicht so fernliegend (Ref.).

Die vier Hamburger Autoren *Kellner*, *Clemenz*, *Brückner* und *Rautenberg* (35) wurden besonders durch die französischen Untersuchungen von *Raviart* usw., in denen 76 mal bei 246 Fällen von Idiotie ein positiver *Wassermann* festgestellt war, zur Nachprüfung dieses wichtigen Zusammenhangs zwischen Lues und Idiotie veranlaßt. Die Autoren legten sich zunächst die Frage vor: Ist die positive Reaktion bei Idioten usw. überhaupt als spezifisch aufzufassen, oder ergeben sich Anhaltspunkte, nach welchen der positive Ausfall vielleicht zu andern Faktoren bei der Idiotie in Beziehung steht? Der positive Nachweis der Lues bei Idioten würde nach der Ansicht der Autoren auch noch nicht gestatten, die Idiotie unbedingt auf die Lues zu beziehen, sondern es könnte sich, wie die Verfasser meinen, „um das zufällige Zusammentreffen zweier Krankheiten handeln". Aus rein theoretischen Gründen kommen die Verfasser zunächst zu der Annahme, daß eine starke Pleozytose und eine positive Ammonium-Sulfatreaktion nach *Nonne-Apelt-Schumen*, sowie besonders der positive Nachweis im Liquor für einen Zusammenhang zwischen Lues und Idiotie sprechen. Es wurde das Serum von 216 Fällen untersucht, die Blutreaktion war negativ in der überwiegenden Mehrzahl: nur 13 reagierten nach *Stern* positiv, nach *Wassermann* 9. Dabei befanden sich unter 16 Fällen, die nach den klinischen Zeichen ohnedies für luesverdächtig galten, 10 positive, unter den übrigen 200 waren also nur 3% positiv. Die Autoren schließen daraus, daß die Lues nach Maßgabe dieser Untersuchungen für die Idiotie usw. keine größere Rolle spiele, als man dies bisher schon angenommen habe. Soweit der Liquor untersucht wurde, ergab sich ein negatives Resultat. Da die Autoren unter ihren 216 Fällen nur einen einzigen positiven fanden, bei dem kein Anhaltspunkt für Lues (Anamnese usw.) zu eruieren war, so schließen sie, daß man an der Spezifität der Reaktion bei Idiotie nicht zweifeln darf.

Unsere Kenntnisse über die Anatomie und Histologie der luetischen Schwachsinnsformen haben zunächst vor allem durch die Arbeit *O. Ranke*s (54) ein wichtiges Fundament erhalten. Dieser Autor hat die Cerebra von luetischen Neugeborenen studiert. Diese waren nicht an der Hirnerkrankung gestorben; wenn sie weitergelebt hätten, so würden vielleicht die vorgefundenen schweren Veränderungen des Nervensystems bei manchen von den Kindern zu den Störungen, wie wir ihnen in der luetischen Epilepsie und Idiotie begegnen, geführt haben. Die bei den luetischen Schwachsinnsformen gefundenen Veränderungen im Gehirn werden uns iegentlich erst aus der *Ranke*schen Arbeit verständlich. Abgesehen von dem von *Ranke* bereits früher geführten Nachweis der Spirochaeten in diesen Gehirnen, konnte *Ranke* eine Reihe von schweren Veränderungen nachweisen, die namentlich



vom Gefäßapparat ausgehen, die Bildung von weit in das Gewebe hineingehenden (nicht nur den perivaskulären Lymphraum einnehmenden) Infiltraten und eine Reihe histologischer und architektonischer Störungen, namentlich das Vorhandensein sogenannter Zellschläuche in der Umgebung der Gefäße — die für eine gewisse Entwicklungsstufe physiologisch sind — nachweisen. Wie *Rondoni* (56 und 56 a) in seinen Arbeiten zeigte, finden wir bei Formen von hereditär-luetischem Schwachsinn, daß dem Ausbruch der spezifischen entzündlichen Veränderungen (Meningoenzephalitis, Gefäßinfiltrate hauptsächlich lymphozytären Charakters, Vermehrung der protoplasmatischen und faserigen Glia, Gefäßvermehrung usw.) Hemmungen und Störungen der Entwicklung vorhergehen. Auch letztere Momente sind durch Lues congenita bedingt, sie bereiten den Boden für letztere vor. Auch die juvenile und infantile Paralyse zeigt derartige angeborene Veränderungen. Die entzündlichen Veränderungen bei letzter Krankheit und bei der Lues kongenita cerebri engeren Sinnes gehen vielfach ohne scharfe Grenze ineinander über.

## IV. Sonstiges.

Schwachsinn und Militärdienst: *Becker* (2) gibt in seinem Buche, das hauptsächlich „für Sanitätsoffiziere, Militärgerichtsbeamte, Gerichtsoffiziere und Truppenbefehlshaber" bestimmt ist, einen Abriß der Erscheinungsformen des unkomplizierten angeborenen Schwachsinns und bespricht dann vor allem die Grenzfälle hinsichtlich der Frage der Dienstfähigkeit. Der Verfasser sucht die Fälle, die man noch als dienstfähig bezeichnen kann, besonders herauszuheben; bei den Fällen, die neben den Erscheinungen des Schwachsinns Komplikationen in nervösen und akut-psychischen Symptomen darbieten, werden die Grenzfälle nach der Epilepsie hin, hysterische Fälle mit Zwangsvorstellungen, Fälle von Entartungsirresein, hebephrene Formen usw. erörtert. Das Buch bringt für den Psychiater nichts Neues, ist aber mit seinen zahlreichen, zum Teil gut analysierten Beobachtungen und in seiner einfachen Darstellungeswise für den Sanitätsoffizier usw. ein praktisch brauchbarer Leitfaden. *Chavigny* (13) gibt eine Darstellung der Fragen von allgemeinen Gesichtspunkten und bespricht eingehend die Frage der militärischen Erziehbarkeit Schwachsinniger. Mit Recht vertritt er hierin einen sehr skeptischen Standpunkt.

Fürsorge-Erziehung: *Rizor* (55) hat 789 Fürsorgezöglinge der Provinz Westfalen untersucht und dabei 69% als nicht normal bezeichnen müssen; bei der Frage der Erziehbarkeit urteilt *Rizor*: 6,6% waren als nicht erziehbar zu bezeichnen, 23% konnten nur im Sinne der Gewöhnung als erziehbar betrachtet werden. Unter den pathologischen Fällen spielen „intellektuelle Defekte" eine Hauptrolle. *Rizor* fordert mit Recht Untersuchung der Zöglinge durch geschulte Psychiater und Beobachtungsstationen. Der letzteren Forderung ist auch die Arbeit von *Seelig* (67) gewidmet. Nach *Seelig* sollen diese Stationen außer für die Beobachtung auch dafür dienen, die Zöglinge über kritische Zeiten hinwegzubringen unter Anwendung medizinischer Gesichtspunkte und einer zeitweisen Behandlung. Die Schrift *Hellers* (25) bringt eine gute Zusammenstellung der neueren Arbeiten auf dem Gebiet und bespricht dann in packender Form die Aufgaben, welche für die Erziehung und Heilpädagogik bei den einzelnen Krankheitsformen hervortreten.





Hilfsschule und Verwandtes: Der außerordentlich rührige Hilfsschulverband ist auch zurzeit wieder mit den Diskussionen einer Reihe von Fragen, die für das Hilfsschulwesen aktuell sind, die aber auch für die praktische Psychiatrie Bedeutung haben, hervorgetreten. Es sind namentlich zwei Fragen, die augenblicklich in diesen Kreisen ventiliert werden: die Frage der Fürsorge für die Schwachsinnigen leichteren Grades („die Hilfsschüler") auf dem Lande und in kleineren Städten und die Frage des Rechtsschutzes für die Schwachsinnigen. Über die erstere Frage hat Rektor *Basedow* auf der Meininger Tagung (3) Bericht erstattet. Der Referent forderte: 1. In der Nähe der Stadt sollen die Hilfsschüler die dortigen Schulen besuchen; 2. nahe beieinander gelegene Gemeinden sollen Schulen mit Tagesinternaten schaffen; 3. in der ländlichen Diaspora sind „heilpädagogische Anstalten" zu erstreben (Leitung pädagogisch), deren Kosten zweckmäßig von den Stellen getragen werden, die auch die Blinden-, Taubstummen- und Idiotenanstalten unterhalten. Weder verwaltungstechnisch noch vom psychiatrischen Standpunkte wird man die letztere Forderung unterschreiben können. Die Tagung brachte ferner die Erörterung der Schularztfrage (Ref. *Leubuscher*), (es wurde die Forderung aufgestellt, die ganz berechtigt ist, daß an den Hilfsschulen nur Schulärzte mit psychiatrischer Vorbildung angestellt werden sollen) und die Erörterung des Themas: Psychiatrie und Hilfsschule (Ref. *H. Vogt*). Die Frage des Rechtsschutzes der geistig Minderwertigen behandelt der Aufsatz von *Büttner* (9), der Hilfsschulverband hat hierfür eine Kommission eingesetzt, welche sich damit beschäftigt, Material über die Frage zu sammeln (Sitz der Kommission in Braunschweig, Mitglieder sind Ärzte, Lehrer und Juristen). Eine fernere Frage, die die Hilfsschulen eifrig erwägen, ist die Frage der Tagesinternate bei den Hilfsschulen. Bestimmte Vorschläge sind darüber bis jetzt nicht gemacht worden. Natürlich erörtert die Hilfsschulliteratur auch eingehend lehrmethodische Fragen, wobei (*Büttners* Aufsatz (8)) das Bestreben überall hervortritt, das tote Wissen durch das praktische Lernen und Können zurückzudrängen. Die Arbeit von *Schmidt* (62) gibt sehr beachtenswerte Hinweise auf die körperliche Erziehung in der Hilfsschule und die Bedeutung und Anlage des Turnunterrichts. Wie die Arbeiten von *Fornaca* (22), *Fernald* (18—20), *Paul-Boncour* (50) zeigen, werden die gleichen Fragen auch in andern Ländern eifrig erwogen. Besonders interessant ist hierin wegen der vielfachen Versuche und praktischen Erprobungen die fortlaufende, fast allzu reichlich fließende amerikanische Literatur.

Die namentlich in den letzten Jahren erörterte und für die Psychiatrie hervorragend wichtige Frage der Schwachbegabten und Nervösen an den höheren Schulen liegt in einer Reihe von Artikeln vor. *Dix* (16) teilt aus der Meissener höheren Knaben- und Mädchenschule mehrere sehr gut beobachtete und instruktive Fälle mit, die neurasthenische, hysterische Kinder und Fälle mit psychopathischer Konstitution (*Ziehen*) betreffen. Alle Beobachter, auch *Büttner* (10) in seinem Artikel, treten dafür ein, daß eine Trennung der Schüler nach ihrer Begabung erstrebt werden müsse. Für die Erörterung dieser Frage (auch *Dix* streift diese) ist von großer Wichtigkeit die Frage von „Pubertät und Schule", die *Cramer* (11) in einer sehr anschaulichen Abhandlung darstellt. Der Verfasser schildert eingehend die körperliche und geistige Umwälzung, die das Individuum in dieser Zeit durchmacht;



beim Gros der Menschen differenziert sich Neigung und Veranlagung erst beim Beginn der Pubertät, das ganze Zeitalter ist ein durchaus kritisches, und wir haben schon unter normalen Verhältnissen in dieser Zeit einen durchaus labilen Zustand. Besonders hochgradig wird dieser, wenn körperliche oder geistige Indispositionen, namentlich solche, die in der Veranlagung ihren Grund haben, dazu kommen. *Cramer* leitet daraus die Schwierigkeiten ab und die Bedeutung, welche diese Jahre für den Erzieher und die Schule mit sich bringen.

---

## 2. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Alexander*, *C. B. Harriet* (Chicago), Forensic and clinical aspects of transitory Frenzy. Medical Record, September.
2. *Archdale*, *A. Mervyn*, Remarks on Hospital (i. e. Asylum) Treatment of the Acutely Insane. The Journ. of mental science vol. LV, p. 453.
3. *Arsimoles*, *L.*, Impulsions obsédiantes d'origine hallucinatoire. L'Encéphale août 1909.
4. *Austregesilo* und *Gotuzzo*, Geistesstörung bei Uncinariasis. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. XIII.
5. *Baccelli*, Tic aerofagico e dem. prec. Riv. ital. di Neuropat. II, fasc. 7.
6. *Baccelli*, Nuovi documenti clinici per la dimostrazione della frenosi maniaco-depression. Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.
7. *Ballet*, Psychose périod. L'Encéphale no. 12.
8. *Ballet* et *Glénard*, Troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques. Sitzungsbericht. Journ. de Psychol. norm. et pathol. année VII, p. 58.
9. *Barbo* (Pforzheim), Osteomalazie bei Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 249.
10. *Barnes*, *Francis*, A clinical study with blood examinations of two atypical cases related to the Dementia precox group. Americ. Journ. of Insan. vol. LXV, p. 559.
11. *Barnes*, *Francis*, A study of the metabolism of two atypical cases related to the Dementia. Americ. Journ. of Insan. vol. LXV, p. 591.
12. *Baskin*, *J. Lougheed*, Insane Movements and Obsession. The Journ. of ment. science vol. LV, p. 500.



13. *v. Bechterew, W. M.*, Über den Zusammenhang zwischen manischen und melancholischen Zuständen. Obosrenje psych. 1909, No. 3. (S. 139*.)

14. *Becker, Werner, H.*, (Weilmünster), Hypergeusia senilis. Mtschr. f. Neurol. u. Psych. Bd. 26, S. 531.

15. *Becker, Werner, H.* (Weilmünster), Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Psyche und des Rückenmarks. Eine psychiatrisch-neurologische Studie. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 113. (S. 142*.)

16. *Beckmann*, Period. melanch. en glycosurie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. no. 12..

17. *Bendixsohn* (Greifswald), Erschöpfungspsychose bei perniziöser Anämie. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 131.

18. *Benigni* (Bergamo), Delirio acuto e sintomi di meningite. Giorn. di Psich. clin. e tecnic. manicom. vol. XXXVI, 1—2.

19. *Benigni* (Bergamo), Delirio sensoriale acuto e meningismo. Giorn. di Psich. clin. e tecnic. manicom. vol. XXXVI, 3/4.

20. *Bennecke*, Dementia praecox in der Armee. Herausgeg. von der Med.-Abt. des Kgl. Sächs. Kriegm. Dresden. 72 S.

21. *Bergamasco* (Ferrara), Appunti sulla importanza della eredità, specialmente similare, della frenosi maniaco-depression. Giorn. di psich. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.

22. *Berger, Hans* (Jena), Klinische Beiträge zur Melancholie-Frage. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 704.

23. *Berger, Hans* (Jena), Klinische Beiträge zur Melancholie-Frage. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, S. 95. (S. 140*.)

24. *Berkley* and *Follis*, Treatm. of Katatonia. Americ. Journ. of Insan. LXV. 3.

25. *Berkley* and *Follis*, An investigation into the merits of thyreoidectomy and thyro-lexitin in the treatment of katatonia. Americ. journ. of insan. LXV, 3, p. 415. (S. 142*.)

26. *Berliner, Curt* (Gießen), Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung. Klinik für psych. u. nerv. Krankh. (*Sommer*). Halle, Carl Marhold. Bd. III, S. 291.

27. *Berze, Josef* (Wien), Die manisch-depressive Familie H. Beitrag zur Hereditätslehre. Mtschr. f. Psychiat. u. Neurol. XXVI, S. 270. (S. 139*.)



28. *Berze*, *Josef* (Wien), Fälle von Melancholie. Sitzungsber. Jahrb. f. Psychiat. u. Neurol. Bd. 29, S. 389.

29. *Bethge*, *Conrad*, Über Malariapsychosen. Inaug.-Diss. Leipzig.

30. *Beyer*, *Walter* (Magdeburg), Über die Cobragiftaktivierende Eigenschaft menschlichen Blutserums und über den Mechanismus der Cobragifthämolyse. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 2206.

31. *Beyer* und *Wittneben* (Uchtspringe), Untersuchungen über Hemmung der Cobrahämolyse durch das Serum von Geisteskranken und körperlich Kranken. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1464. (S. 148*.)

32. *Birnbaum*, *Carl* (Buch-Berlin), Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen. Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. Jahrg. 32, S. 429.

33. *Birnbaum*, *Carl* (Buch-Berlin), Zur Lehre von dem degenerativen Wahnbildungen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 19.

34. *Birnbaum*, *Carl* (Buch-Berlin), Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden. Ärztl. Sachv.-Ztg., Jahrg. 15, S. 48 u. 61.

35. *Bleuler*, Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Jahrg. 32, S. 77.

36. *Bolgar*, *Georg* (Jena), Studien über den Einfluß einfacher musikalischer Reize auf Erregungs- und Depressionszustände. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. XV, S. 1. (S. 139*.)

37. *Bonhoeffer*, Zur Frage der exogenen Psychosen. Sitzungsbericht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 900.

38. *Bonhoeffer*, Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32. S. 499. (S. 146*.)

39. *Boudon* und *Glénard* (Paris), Ein Fall von oszillierendem Verfolgungswahn. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 618.

40. *Bresler* (Lublinitz), Sauerstoffbäder bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 10, S. 389. (S. 146*.)

41. *Briand*, *Marcel*, et *Brissot* (Paris), Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence d'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité. Annales médico-psychol. Sitzungsber. Année LXVII tome IX, p. 455. (S. 146*.)




42. *Briand, Marcel*, et *Brissot* (Paris), Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancholique. Sitzungsber. Annales médico-psychol. Année LXVII tome X, p. 296.

43. *Brill, A. A.*, Psychological Factors in Dementia praecox. An Analysis. Journ. of abnorm. Psychol. Septembre-Octobre 1908.

44. *Brill*, A case of schizophrenia (dementia praecox). An Analysis. Americ. journ. of insan. LXVI, p. 53.

45. *Brückner* und *Much* (Friedrichsberg), Weitere Mitteilungen über die Hemmungsreaktion menschlicher Sera gegenüber Cobragift. Berl. klin. Wschr. Nr. 33.

46. *Bumke* (Freiburg), Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 381.

47. *Burger, Alex*, Beiträge zur Kasuistik des sog. menstruellen Irreseins. Inaug.-Diss. Berlin.

48. *Charpentier, René*, Paranoiaque justiciable d'un service d'aliénés difficiles. Sitzungsber. Journ. de psychol. normale et pathol. Année VII, p. 59.

49. *Chaslin* et *Collin*, „Idées fixes" de grandeur, suite de délire de rêve tendant à la systématisation. L'Encéphale, 4 avril.

50. *Chaslin* et *Collin*, Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile. Annales médico-psychol. Année LXVII, tome X, p. 15.

51. *Claude, Henri* (Paris), Atrophie des Kleinhirns bei Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 616.

52. *Claude, Henri* et *F. Rose*, Étude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce. Sitzungsber. Journ. de psychol. normale et pathol. Année VII. p. 53,

53. *Cornu, Edmund*, Un Aliéniste précurseur. Annales médico-psychol. Année LXVII, tome X, p. 4.

54. *Cotard, Lucien* (Paris), Deux cases de psychose hallucinatoire. Sitzungsber. Annales médico-psychol. Année LXVII, tome IX, p. 256.

55. *Cotard, Lucien* (Paris), Stéréotypies chez un dément précoce. Sitzungsber. Journ. de psychol. normale et pathol. Année VII, p. 57.



56. *Cotter*, *James*, Report on thirty-one Cases of Maniacal-Depressive Insanity, which came under treatment in the down district Asylum during the year ending December 31. 1907. The Journ. of mental science vol. LV, p. 52.

57. *Courbon*, Psych. man.-dépr. L'Encéphale 6.

58. *Cramer* (Göttingen), Jugendirresein. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1211.

59. *Crinon*, Un cas de psychose hallucinatoire. Sitzungsber. Ann. médico-psychol. Année LXVII, tome X, p. 304.

60. *Damaye*, *Henri*, La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. L'Écho médical du Nord. Année XIII, p. 566.

61. *Damaye*, *Henri* et *André Rolland*, État confusionnal à forme de démence précoce. Écho méd. du Nord XIII, 38.

62. *Dana*, Zoophilpsychosis. Med. Record Nr. 2000.

63. *Delaon*, *Pierre*, Lois élémentaires d'association des idées dans la manie et dans la démence. Journ. de psychol. normale et path. Année VII, p. 1.

64. *Deny* et *Charpentier*, Psych. manique-dépress. L'Encéphale Nr. 12.

65. *Deny*, La cyclothymie. Sem. méd. XXVIII, Nr. 15.

66. *Devine*, Suicide and automutil. Archiv of neur. and psych. IV.

67. *Dide* (Auxerre), Die Blutdrüsen bei Geisteskranken. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 171.

68. *Diller*, *Theodore*, and *George J. Wright*, The Differential Diagnosis between Hysterical Insanity and Dementia praecox; with Report of an Illustrative Case of Hysterical Insanity. The Amer. journ. of insan. vol. LXVI, p. 253.

69. *Donald*, Katalepsie. Lancet, Juni.

70. *Drapes*, *Thomas*, On the Maniacal-Depressive Insanity of *Kraepelin*. The journ. of mental science, vol. LV, p. 58. (S. 139*.)

71. *Dubois* (Bern), Psychotherapie der Angstzustände. Berl. klin. Wschr. Nr. 33.

72. *Dubois* (Bern), Fall von Berührungsfurcht, der durch Psychotherapie geheilt worden ist. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 512.

73. *Dufour*, *Henri* (Paris), Einfache Dementia praecox. Symptome zerebellöser Störungen. Zerebellöser Typus von Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28 S. 616.



74. *Dunston*, Progessive systematised delusional insanity and its importance. Praesonal med. Journ. IV, p. 276.

75. *Dupré* (Paris), Mythomanie infant. L'Encéphale Nr. 8.

76. *Dupré* (Paris), Ein Fall von kollektivem Delirium. Sitzungsber. Neurolog. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 617.

77. *Dupré* (Paris), Intermittierende Manie und progessive Paralyse. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 214.

78. *Ehlers*, *Heinrich*, Kasuistische Beiträge zu der Lehre von den Psychosen im Kindesalter und im Beginn der Pubertät. Inaug.-Diss. Leipzig.

79. *Eisner* und *Kronfeld* (Heidelberg), Über den von *Much* und *Holzmann* angenommenen Einfluß des Blutserums von Geisteskranken auf die Cobragifthämolyse. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1527. (S. 148*.)

80. *Ennen* (Merzig), Paranoia oder manisch-depressives Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 434.

81. *Everke*, *Paul*, Aphasieähnliche Symptome bei einem Paranoiker. Inaug.-Diss. Würzburg 1908.

82. *Ewald*, Stoffwechselpsychosen. Würzburg, Stuber.

83. *Flamm*, *R.*, Ein weiterer Beitrag zur Prognose der Dementia praecox. Festschr. z. 40jährigen Bestehen der *Edel*schen Heilanstalt. Berlin 1909. A. Hirschwald.

84. *Flatau*, *Georg* (Berlin), Die psychischen Erkrankungen der Schulkinder. Med. Klinik V. Jahrg., S. 842 u. 881.

85. *Fleiner* (Heidelberg), Verdauungsstörungen und Psychoneurosen. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 489.

86. *Foerster* (Bonn), Forensische Erfahrungen bei Dementia praecox. Sitzungsber. Vjahrsch. f. gerichtl. Med. Bd. 37, II. Suppl.-Heft, S. 162.

87. *Fornaca*, *Giacinto*, Contributo clinico allo studio dei rapporti fra disturbi psichici e diabete. Riv. Veneta di Scienze mediche. Fasc. IV, dei 31 Agosto.

88. *Forster*, *E.*, Zur Frage des manisch-depressiven Irreseins. Charité-Annalen XXXIII, S. 209.

89. *Forster*, *E.*, Über das manisch-depressive Irresein. Sitzungsber. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 172.

90. *Fraenkel*, *Kathe* und *Bierotte* (Halle a./S.), Eine Reaktion im Blute

von Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1461. (S. 148*.)

91. *Frank* (Charlottenburg), Paranoia hallucinatoria nach Kopfverletzung. Med. Klinik V. Jahrg., Nr. 30.

92. *Frey*, Hydriat. Behandlung von Erregungszuständen. Pester med.-chirurg. Presse Nr. 17.

93. *Friedmann*, *M.*[7] (Mannheim), Zur Kenntnis der affektiven Psychosen des Kindesalters, insbesondere die milderen Formen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, S. 36. (S. 146*.)

94. *Friedmann* (Mannheim), Beitrag zur Lehre an den affektiven Psychosen des Kindesalters. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 183.

95. *Fromm*, *Max*, Über Diabetes und Psychose. Inaug.-Diss. Kiel.

96. *Frost*, *Henry P.*, Neurasthenic and Psychasthenic Psychoses. The americ. journ. of insan. Vol. LXVI, p. 259.

97. *Galcerán Granés*, Tratamiento de las hipercenestesias por medio de los opiados à dosis altas. Rivista frenopatica española, Año VII, p. 139.

98. *Ganter*, *Rudolf* (Wormditt), Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. Anhang: Über Vorkommen und Entstehungsweise des Othämatoms. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 460.

99. *Gaupp* (Tübingen), Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 1310.

100. *Geissler*, *Walter* (Köln), Die Cobrareaktion. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1591. (S. 148*.)

101. *Ghirardini*, *G. Volpi*, Sulla patogenesi della demenza precoce. Giorr. di Psich. clinica XXXV.

102. *Gilmour*, *John R.*, The mental symptoms in cases of exophthalmic goitre and their treatment. The journ. of mental science, vol. LV, p. 668.

103. *Goetze*, *Rudolf* (Leipzig), Über nervöse und psychische Erkrankungen nach Betriebsunfällen. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Herausgeg. von *Sommer*, Halle a./S., Carl Marhold, Bd. III, S. 183.

104. *Goldstein* (Königsberg), Pathologische Anatomie der Dementia praecox. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1169.



105. *Goldstein* (Königsberg), Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox, speziell der plötzlichen Todesfälle bei derselben. Sitzungsber. Psych.-neurol. Wschr. XI, S. 126.

106. *Graeter*, *Carl* (Basel), Dementia praecox mit Alkoholismus chronicus. Eine klinische Studie über Demenz und chronisch paranoide Psychosen scheinbar alkoholischer Natur. Leipzig, Verlag von Joh. Ambr. Barth. 196 S.

107. *Grasset*, La névropathic psychosplanchnique (psychoneurose du vagosympathique). Journ. med. Français Nr. 3.

108. *Graziani*, *Aldo*, Ricerche di sfigmomanometria e sfigmografia nei dementi precoci. Riv. speriment di freniatria vol. XXXV, fasc. II—III.

109. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Diagnose psychischer Prozesse im Stupor. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Herausgeg. von *Sommer*, Halle a./S., Carl Marhold, Bd. III, S. 22. (S. 142*.)

110. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Beiträge zur Psychopathologie des Gedächtnisses (Schluß). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, S. 339.

111. *Grinstein*, *A. M.*, Über Morbus asthenicus. Medizinskoje Obosrenje 1909. S. 832. (S. 146*.)

112. *Halberstadt*, *G.*, La forme atténuée du delire d'interprétation. Revue de Psych. et de Psychol. exper. Août, Nr. 8.

113. *Halberstadt*, *G.*, La céphalalgie dans la démence précoce. Revue neurol. XVII, p. 1090.

114. *Hendriks*, *Abraham*, Elementaire Psychische Stoornissen bij Typhus abdominalis. Utrecht, P. den Boer. 206 S.

115. *Hermann* (Galkhausen), Über die klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 261.

116. *Hermkes* (Warstein), Über psychische Infektion. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 649.

117. *Hermkes* (Warstein), Über psychische Infektion. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1841. (S. 147*.)

118. *Hernes*, *Johannes*, Über die im Jahre 1907 in der psychiatrischen und Nervenklinik behandelten Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

119. *Hirschl*, *A.* und *O. Plötzl*, Über das Verhalten verschiedener menschlicher Sera und Blutkörperchen bei der Hämolyse durch





Cobragift, mit besonderer Berücksichtigung der Befunde bei Psychosen. Wien. klin. Wschr. XXII, 27.
120. *Hirt*, Somato- und Autopsychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. Nr. 300.
121. *Hobohm* (Friedrichsberg), Zur Kasuistik der Echolalie. Mitt. der Hamb. Staatskrankenanstalten IX, 8, S. 227. (S. 147*.)
122. *Hoche*, Über die Melancholiefrage. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 1291.
123. *Hösslin*, *von* (Eglfing), Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und Ausgangs des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 823. (S. 140*.)
124. *Hollander*, *B.* (London), Durch Operation geheilte Psychosen. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 668.
125. *d'Hollander*, Syndrom de *Ganser*. L'Encéphal. Nr. 10.
126. *Homburger*, *August* (Heidelberg), Über körperliche Störungen bei funktionellen Psychosen. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1134.
127. *Hübner* und *Selter*, Über die *Much-Holzmann*sche Cobragiftreaktion im Blute Geisteskranker. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1182. (S. 148*.)
128. *Jach* (Uchtspringe), Über Antitrypsingehalt des Blutserums bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 2254.
129. *Jakob*, *Alfons* (Straßburg), Zur Symptomatologie, Pathogenese und pathologische Anatomie der „Kreislaufstörungen". Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 14, S. 309; Bd. 15, S. 99.
130. *Jakob*, *Alfons* (Straßburg), Zur Klinik und pathologischen Anatomie der „Kreislaufstörungen". Sitzungsber. Mtschr. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 26, S. 179.
131. *Jakobson* (Berlin), Beiträge zur Kasuistik des induzierten Irreseins. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 15, S. 492.
132. *Janet*, *Pierre* (Paris), Ein Fall von somnambulen Delirium mit Rückkehr in die Kindheit. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 213.
133. *Jansen*, *Max*, Zur Lehre von der Melancholia cum stupore. Inaug.-Diss. Kiel.
134. *Jelgersma*, Paranoia. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 22.
135. *Jelgersma*, Man. dep. Psych. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 26.
136. *Joffroy* (Paris), Un cas de délire somnambulique avec retour à



l'enfance. Sitzungsber. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 405.

137. *Joffroy* et *Dupouy*, Paranoia. L'Encéphale Nr. 6.

138. *Johnstone*, *Thomas*, The case for Dementia praecox. The journ. of mental science vol. LV, p. 63.

139. *Jones*, *Ernest*, Psycho-Analytic Notes on a case of Hypomania. The Americ. journ. of insan. vol. LXVI, p. 203.

140. *Judin*, *T. J.*, Zur Frage der Dementia paranoides. Sowremennaga Psichiatria, Maiheft.

141. *Jung* (übersetzt von *Peterson* und *Brill*), The psychology of dementia praecox. Nerv. and mental disease monogr. series Nr. 3, New York, 154 S.

142. *Juquelier*, Anomalie artérielle probable chez une mélancolique. Sitzungsber. Annales med.-psychol. Année LXVII, Vol. X, p. 467.

143. *Kleist*, *Carl* (Erlangen), Über psychomotorische Erregungszustände. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 929.

144. *Kleist*, *Carl* (Erlangen), Über die Lokalisation tonischer und katatonischer Erscheinungen. Sitzungsber. Psych.-neurolog. Wschr. Jahrg. 10, S. 454.

145. *Kleist*, *Carl* (Erlangen), Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Leipzig, Verlag von Klinkhardt. 309 S.

146. *Kleist*, *Carl* (Erlangen), Über Bewegungs- und Sprachstörungen bei Geisteskranken. Sitzungsber. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 421.

147. *Klippel* und *Lhermitte* (Paris), Ein Fall von Dementia praecox von katatonischem Typus mit Autopsie. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 617.

148. *Klippel* und *Lhermitte* (Paris), Atrophie des Kleinhirns bei der Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 616.

149. *Klippel* und *Lhermitte* (Paris), Anatomie pathologique de la démence précoce. Sitzungsber. Journ. de psychol. normale et pathol. Année VII, p. 57.

150. *Knauer* (Greifswald), Trigeminusneuralgie (Exstirpation des Ganglion Gasseri) und Dementia praecox. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1372.





151. *Koch* and *Mann*, Brain in dem. praec. Archiv of neurol. and psych. IV.

152. *Kondring*, *Heinrich*, Beiträge zur Frage des Querulantenwahns. Inaug.-Diss. Freiburg.

153. *Kraus*, *Pötzl*, *Ranzi* und *Ehrlich*, Über das Verhalten menschlicher und tierischer Blutkörperchen gegenüber Cobragift unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Wien. klin. Wschr. XXII, 29. (S. 148*.)

154. *Krohn*, *E.*, Zur Kenntnis der periodischen Psychosen. Finska läkaresäll handl. S. 91.

155. *Kutzinski*, *Arnold* (Berlin), Einige Bemerkungen über Affektstörungen. Med. Klinik Jahrg. 5, S. 356.

156. *Kutzinski*, *Arnold* (Berlin), Ein Fall von Zwangshalluzinationen. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 215.

157. *Lagriffe*, *Lucien*, Le délire d'interprétation. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, vol. X, p. 249.

158. *Laiquel-Lavastine* (Paris), Über die psychischen Störungen bei Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 170.

159. *Lapinski* (Warschau), Ein Fall von chronischer Manie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 779.

160. *Leeper*, *R. R.* (Dublin), Mania. Journ. of med. science Nr. 230.

161. *Leeper* (Dublin), Some Suggestions as Regards the Origin of Modern Psychiatrie Ideas, together with a Note of some cases of Mania apparently due to Microbic Infection. The journ. of mental disease vol. LV, p. 509.

162. *Legrain* (Paris), Guérison tardive d'états aigus graves. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psych. Année LXVII, vol. X, p. 457.

163. *Legrain* (Paris), Guérison tardive d'états aigus graves. Bull. de la Soc. de Méd. ment. Bd. II, H. 5.

164. *Lehmann* (Freiburg i./Sch.), Paranoia — Affekt — Verfolgungswahn — Größenwahn. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 11, S. 321.

165. *Leopold*, *Levi*, et *H. de Rothschild* (Paris), Psychasthenie infolge von Sekretionsstörungen der Schilddrüse und Hypoovarie. Guter Erfolg mit gemischter Opotherapie. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 171.



166. *Lerat*, *Georges*, Contribution à l'étude statistique de la Psychose périodique. Thèse. Paris, Jules Rousset. (S. 140*.)

167. *Leroy*, *Raoul*, Catatonie chez une jeune fille de vingt ans. Sitzungsber. Ann. méd.-psych. Année LXVII, vol. IX, p. 302.

168. *Leroy*, *Raoul*, Les hallucinations lilliputiennes. Sitzungsber. Ann. méd.-psych. Année LXVII, vol. X, p. 278.

169. *Leroy* et *Dalmas*, Stéréotypies de l'attitude du mouvement et du langage chez une démente. Sitzungsber. Ann. méd.-psych. Année LXVII, vol. IX, p. 302.

170. *Leroy* et *Fasson*, Délire d'interpretation chez deux soeurs. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Années LXVII, vol. X, p. 464.

171. *Leroy* et *Picqué*, Confusion mentale hallucinatoire par suite de tuberculose iléo-coecal. Guérison par intervention chirurgicale. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 466.

172. *Leroy* et *Trenel*, Un cas de maladie mentale familiale. Psychose de forme périodique chez deux soeurs. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 297.

173. *Levison*, *Ph.*, Thyreoidin behandling ved Dementia praecox. Hosp.-Tid 5, R. II, 36.

174. *Lévi-Bianchini*, Sur les variétés cliniques de la démence primitive (dementia praecox). Revue neurol. XVII, p. 900.

175. *Lévy-Valensi* und *Boudon* (Paris), Zwei Fälle von Verfolgungswahn von dämonomaniakalischer Form infolge von Spiritismus bei zwei Geistesschwachen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 214. (S. 147*.)

176. *Lévy-Valensie* et *Georges Lerat*, Délire de médiumnité à caractère polymorphe. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, vol. IX, p. 462.

177. *Liebers*, *Max* (Leipzig), Choreatische Bewegungsstörungen bei Neurosen und Psychosen und Chorea chronica. Fortschritte der Medizin Nr. 21.

178. *Liebers*, *Max* (Leipzig), Über Manie im Kindesalter. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 80. (S. 140*.)

179. *Loewenstein*, *Joseph* (Obernigk), Ein Beitrag zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 582.





180. *Löwy, Max*, Über Hypochondrie und ihre Wurzeln. Neues zur Differentialdiagnose der Hypochondrie, besonders von den Psychosen. Prag. med. Wschr. Bd. 33, Nr. 51.

181. *Lord, John R.*, Obsessional and Impulsive Insanity. Clinical Notes. The journ. of mental science vol. LV, p. 517.

182. *Lückerath* (Bonn), Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 565.

183. *Luther* (Lauenburg), Klinische Beiträge zur Frage des degenerativen Irreseins. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 949.

184. *Majer, Hermann*, Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Inaug.-Diss. Tübingen.

185. *Manton*, Psychosen und Erkrankungen der Bauch- und Beckenorgane. Journ. of amer. assoc. 20. Oktober.

186. *Marie, A.* (Paris), Démence précoce post-traumatique. Sitzungsbericht. Ann. méd.-spychol. Année LXVII, tome X, p. 457.

187. *Marie* et *Benoit*, Deux cas de troubles mentaux observés chez électrocutés. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 465.

188. *Marx, Georg*, Über das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia. Inaug.-Diss. Kiel.

189. *Mattauschek, Emil*, Ein Beitrag zur Prognose der Dementia praecox. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, S. 69. (S. 143*.)

190. *McDowall Colin* (Warwick), The Leucocyte and the acute insanities. The journ. of. ment. science vol. LV, S. 728.

191. *Mendel, Kurt*, Über Querulantenwahnsinn und „Neurasthenia querulatoria" bei Unfallverletzten. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 1140.

192. *Mercklin* (Treptow), Bemerkungen zur Paranoiafrage. Sitzungsbericht. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 940.

193. *Meyer, Ernst* (Königsberg i./Pr.), Die objektiven Erscheinungen der Dementia praecox. Sitzungsber. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XI, S. 181.

194. *Meyer, Ernst* (Königsberg), Über psychische Ursachen geistiger Störungen. Berl. klin. Wschr. 1909, Nr. 5.

195. *Meyer, Ernst* (Königsberg), Paranoia nach Kopfverletzung. Deutsche med. Wschr. 35. Jahrg. S. 371.








196. *Mickle, Julius*, Katatonia in Relation to Dementia praecox. The journ. of mental science vol. LV, p. 22. (S. 143*.)

197. *Miquard, M.*, Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 295.

198. *Miquard, M.*, Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire. Bulletin de la Soc. clin. de Med. ment. Bd. II, H. 1.

199. *Mönkemöller*, Primärer Schwachsinn. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. (*Sommer*) IV, Heft 3.

200. *Montemezzo*, Sopra uno stato amenziale episodico nella frenosi maniaco-depressiva. Giorn. di psich. clin. e tecnic. manicom. XXXVI, 1—2.

201. *Moreira*, Querelantes. Arch. Brasil de psych. IV, Nr. 3—4.

202. *Much* und *Holzmann* (Hamburg), Eine Reaktion im Blute Geisteskranker. Münch. med. Wschr. 56. Jahrg. S. 1001. (S. 147*.)

203. *Müller, Herm.* (Zürich), Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschließenden Erörterungen. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XI, S. 105.

204. *Myers, Fisher* and *Diefendorf*, The question of autointoxication in acute depressive psychoses. Americ. journ. of insanity. vol. LXV, Nr. 4.

205. *Neisser, Cl.* (Bunzlau), Zur Dementia praecox-Frage. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. XI, S. 8.

206. *Nitsche, Schlimpert* und *Dunzelt* (Dresden), Die *Much*sche Hemmungsreaktion bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 2101. (S. 148*.)

207. *Nolau*, Some aspects of „Maniacal-Depressive Insanity". The journ. of mental science, vol. LV, p. 45.

208. *Nouet* et *Prepsat*, Ulcér. troph. chez un dém. préc. Nouv. Icon. de la Salp. Nr. 5.

209. *Nouet* et *Halberstadt*, La presbyophrénie de Wernicke. L'Encéphale Nr. 4.

210. *Oeconomakis, Milt.* (Athen), Ein Fall von Dementia praecox. nach dem 40. Lebensjahr. Zentralbl. f. Psych. u. Neurol. Jahrg. 32, S. 619.



211. *Oeconomakis, Milt.* (Athen), Schwangerschafts- und Wochenbettspsychosen. Griechisches Archiv f. Med. Nr. 7 u. 8. (S. 149*.)

212. *Omorowkow*, Cobragifthämolyse. Berl. klin. Wschr. Nr. 41.

213. *Oppenheim* (Berlin), Psychopathologie der Angstzustände. Berl. klin. Wschr. Nr. 28.

214. *Ossipow, W.* (Kasan), Zur Ätiologie der Katatonie. Nevrolog. Wjestnik XV, H. 2.

215. *Ossipow, W.* (Kasan), Über das photographische laute Lesen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 320.

216. *Packard, Frederic H.*, An Analysis of the Psychoses Associated with Graves' Disease. The americ. journ. of insan. vol. LXVI p. 189.

217. *Pactet* et *Courjon*, Délire de persécution chez un dégénéré. Évolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. Mort. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome IX, p. 300.

218. *Pailhas*, Délire de systématisation. L'Encéphale Nr. 6.

219. *Parhon, C.* und *C. Urechia* (Bukarest), Beziehungen zwischen Katatonie und Störungen der Thyroparathyroiddrüse. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 172.

220. *Pfersdorff* (Strasburg), Über Katamnesen der Dementia praecox. Sitzungsber. Zentralbl. f. Psych. u. Neurol. Jahrg. 32, S. 575.

221. *Pfersdorff* (Strasburg), Über eine Verlaufsart der Dementia praecox. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 184.

222. *Pförringer* und *Landsberger* (Göttingen), Die Cobragifthämolyse bei Geisteskranken. Berl. klin. Wschr. Nr. 36. (S. 149*.)

223. *Picqué, Lucien*, De l'origine périphérique de certains délires. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome IX, p. 282.

224. *Pierre-Kahn*, La cyclothymie. Paris, G. Steinheil. 252 S.

225. *Pighini, Giacomo*, Organ. metabolism in dem. praecox. Arch. of neurol. and psych. IV.

226. *Pighini, Giacomo*, Über den Cholesteringehalt der Lumbalflüssigkeit einiger Geisteskrankheiten. Ztschr. f. physiol. Chemie LXI, 6, p. 508. (S. 149*.)

227. *Pilcz, Alexander* (Wien), Die Verstimmungszustände. Studie.





(Grenzfragen des Nerven- u. Seelenlebens, H. 63) Wiesbaden, J. F. Bergmann. 44 S.

228. *Pilcz*, *A.* (Wien), Anfangsstadien einiger Formen von Geisteskrankheit. Wien. med. Wschr. Nr. 7 u. 8.

229. *Plaut*, *Felix* (München), Über die von *Much* und *Holzmann* beschriebene Cobragiftreaktion bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1530.

230. *Plönies*, *W.* (Dresden), Die ursächlichen Beziehungen der Magenkrankheiten, ihre Folgezustände, Anämie und Unterernährung zu den Depressionszuständen mit Berücksichtigung des Wesens und der Therapie derselben. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, S. 402 u. 544.

231. *Pöppel*, *Markus*, Haben Geisteskranke andere Schädel als Nichtgeisteskranke? Inaug.-Diss. Würzburg.

232. *Poetzl*, *Otto*, Katatone Formen von Dementia praecox. Demonstration. Sitzungsber. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, S. 413.

233. *Rabinowitsch*, *Gittel* Frau, Ätiologische Beziehungen der Epilepsie zur Paranoia chronica. Inaug.-Diss. Berlin.

234. *Raebiger* (Kamerun), Psychose und Induktionspsychose. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1094.

235. *Raecke*, *J.*, Manie, Melancholie, Stupor, Katatonie nebst Stellung dieser Krankheitsformen in foro. Sonderabdruck aus *Dittrichs* Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller.

236. *Raimann*, *E.*, 4 Fälle von Melancholie. Sitzungsber. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, S. 389.

237. *Rath*, *Georg*, Beiträge zur Lehre vom manisch-depressiven Irresein. Inaug.-Diss. Berlin.

238. *Rauh*, *Paulus*, Nichtparalytische Psychosen bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Kiel.

239. *Redington*, Maniacal-Depressive Insanity amongst the Male Admissions to the Richmond District Asylum in the year 1907. The journ. of mental science vol. LV, p. 56.

240. *Régis*, Syndactylie chez un Dém. préc. Nouv. Icon. de la Salpét. XXI, Nr. 6.

241. *Rehm*, *O.*, Die Ergebnisse der Untersuchung von Kindern manisch-depressiver Kranker. Ztschr. f. Erkennung u. Behandlung des jugendlichen Schwachsinns III, H. 1.



242. *Reinhard, Hans*, Über Erfindungswahn. Inaug.-Diss. Kiel.
243. *Rémont* (Metz) et *Voivenel* (Toulouse), Délire aigu avec syndrome choréique et mort subite. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 390.
244. *Renkichi Moriyasu*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Katatonie. Archiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 45, S. 516.
245. *Reuter, Franz*, Über das Verhalten der Intelligenz bei älteren Fällen von Dementia praecox. Inaug.-Diss. Berlin.
246. *Ricksher, Charles*, Impressibility in Dementia praecox. Americ. journ. of insan. vol. LXVI, Nr. 2, p. 219. (S. 143*.)
247. *Ricksher, Charles* (Hathorne), A study of the psychoses beginning in the puerperal states. Boston med. and surg. Journ. CLXI, p. 142. (S. 149*.)
248. *Risch* (Eichberg), Allgemeinerkrankung und Psychose. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, S. 155.
249. *Risch* (Eichberg), Über die Verkennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft und ihre Verwechslung mit Katatonie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, S. 281.
250. *Rodriguez-Morini*, Notas sobre la accióntерapéutica del Haschisch. Rev. frenopatica española. Año VII, p. 142.
251. *Roemheld, L.*, Über die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens. Klinik f. nervöse und psych. Krankh. von *Sommer* II, H. 2.
252. *Rohde, Max*, Assoziationsvorgänge nach der Methode *Fuhrmann* bei Dementia hebephrenica u. praecox. Inaug.-Diss. Berlin.
253. *Rosenfeld, M.* (Strasburg), Zur Differentialdiagnose funktioneller endogener Psychosen. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 14, S. 1. (S. 149*.)
254. *Rosenfeld, M.* (Strasburg), Über die Beziehungen der vasamotorischen Neurose zu funktionellen Psychosen. Archiv f. Psych. u. Neurol. Bd. 46, S. 94. (S. 149*.)
255. *Rosenthal, Stefan*, Die Wahnbildung in der Melancholie. Inaug.-Diss. Berlin.
256. *Roubinowitsch* und *Levaditi*, Dementia praecox und Syphilis. Gaz. d. hôpit. Nr. 62.
257. *Rougé, C.* (Limoux), Psychoses grippales et psychoses catarrhales. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome IX, p. 194 u. 364. (S. 149*.)



258. *Rüdin*, *E.*, Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. Habilitationsschrift. München.

259. *Rydlewski Celestyn*, Über Psychosen bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Greifswald.

260. *Salazar*, *Alvarez G.* (Valladolid), Psychoses toxi-infectieuses et Démence précoce. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome X, p. 353.

261. *Salgó* (Budapest), Über Paranoia. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 28, S. 1068.

262. *Sante de Sanctis* (Rom), Quadri clinici di Dementia praecox nell' infanzia e nella fanciullezza. Riv. ital. di Neuropat., Psich. ed Elettrot. Bd. II, H. 3.

263. *Sartorius* (Aplerbeck), Induziertes Irresein. Berl. klin. Wschr. Nr. 30.

264. *Schlub*, *H. O.* (Préfargier), Über Geisteskrankheit bei Geschwistern. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 514.

265. *Schnyder*, Dépress. psych. intermitt. Rev. méd. de la Suisse rom. Nr. 12.

266. *Schröder* (Breslau), Anatomische Befunde bei einigen Fällen von akuten Psychosen. Sitzungsber. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 203.

267. *Schroeder*, *Julius* (Riga-Rothenberg), Zur Systematik der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 20, S. 903.

268. *Schubert* (Dresden), Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 1055.

269. *Schütte* (Bonn), Beitrag zur Ätiologie und forensischen Beurteilung des sog, „Tropenkollers". Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 700.

270. *Schultz*, *J. H.* (Frankfurt a./M.), Untersuchungen über die *Much-Holzmann*sche Psychoreaktion. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 1258. (S. 148*.)

271. *Séglas*, *M.*, Stéréotypies chez un mélancolique. Sitzungsber. Journ. de psych. normale et pathol. Année VII, p. 57.



272. *Séglas* et *Vallon*, Tabes et délires des persécutions. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année LXVII, tome IX, p. 80.

273. *Seiffert*, *Heinrich*, Zur Lehre von der Pseudologia phantastica. Inaug.-Diss. Heidelberg.

274. *Seige* (Jena), Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholie und zirkulären Psychosen. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 570.

275. *Sérieux*, *P.*, Un cas de délire d'interpretation. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 300.

276. *Sérieux*, *P.*, et *J. Capgras*, Les folies raisonantes. Le délire d'interprétation. F. Alcan 392 p.

277. *Siemerling*, *E.* (Kiel), Rückenmarkserkrankung und Psychose bei perniziöser Anämie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, S. 567, (S. 150*.)

278. *Sierau* (Friedrichsberg), Zur Frage der Induktionspsychose. Eine Epikrise zu den von Dr. *Raebiger* mitgeteilten Fällen. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 2258.

279. *Simmet*, *Ernst*, Kritischer Beitrag zur Ätiologie der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Rostock.

280. *Sioli* (Bonn), Histologische Befunde bei Dementia praecox Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66 S., 195.

281. *Sioli* (Bonn), Das Verhalten der Glia bei akuten Psychosen. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 567.

282. *Skliar* (Tambow), Zur Kritik der Lehre *Freud*s über die Zwangszustände. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 41.

283. *Skliar* (Tambow), Grübelsucht. Jahrb. f. Psych. Bd. XXX, S. 125. (S. 144*.)

284. *Skliar* (Tambow), Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 278.

285. *Smith*, *Harper* and *Rae Gibson*, A bacteriological examination of the cerebrospinal fluid in dementia praecox. Arch. of Neurol. and Psych. IV.

286. *Sollier* et *Chartier* (Boulogne), Ovarian und Hypophysis-Opotherapie bei Geistesstörungen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 172.

287. *Soukhanoff*, *Serge* (Petersburg), De la soidisant „paranoia". Journ de Neurol. 14 année, p. 241.



288. *Soukhanoff*, *Serge* (Petersburg), Sur la cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la Neurasthénie. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 27.

289. *Stern*, *F.*, Beiträge zur Frage nach Verlauf und Ausgang der Katatonie. Inaug.-Diss. Freiburg.

290. *Stilling*, *Erwin* (Straßburg), Zur Kenntnis der Einwirkung des Kobragiftes auf die roten Blutkörperchen von Geisteskranken. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 1294.

291. *Stilling*, *Erwin*, (Straßburg), Untersuchungen zur Muchschen Hemmungsreaktion. Münch. med. Wschr. Jahrg. 56, S. 2630.

292. *Stockmayer*, *W.* (Tübingen), Zur pathologischen Analyse der Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, S. 699.

293. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Bemerkungen zur Prognose der Dementia praecox und über die intrapsychische Ataxie. Neurol. Zentralblatt Jahrg. 28, S. 1297.

294. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Über die Dementia praecox. Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens H. 67. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 46 S. (S. 143*.)

295. *Taubert* (Lauenburg), Über periodische Indikanurie beim manisch-depressiven Irresein. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 941.

296. *Thoma* (Illenau), Beitrag zur Klinik und Pathologie akut letal verlaufender Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 737.

297. *Thompson*, *A. D.*, Foreign Bodies in the Stomach and Liver of a Dement. The Journ. of ment. science vol. LV, p. 91.

298. *Thomsen* (Bonn). Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 45, S. 803. (S. 141*.)

299. *Tomaschny* (Treptow a. R.), Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 845.

300. *Tomaschny* (Treptow a. R.), Die subjektiven Empfindungen bei Dementia praecox. Sitzungsber. Psych.-Neurol. Wschr. Jahrg. XI, S. 181.

301. *Tomaschny* (Treptow a. R.), Über myxödematöse Hautveränderungen als Parallelvorgang bei manisch-depressiver Psychose. Neurol. Zentralbl. Jahrg. 28, S. 121. (S. 140*.)



302. *Tomaschny* (Treptow a. R.) und *Meyer* (Königsberg i. P.), Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 841.

303. *Trenel* (Paris), Hallucinations obsédiantes et obsessions hallucinatoires. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 460.

304. *Trenel* (Paris), Mélancolie chez une négresse soudanaise. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p.299.

305. *Tursac*, *Roguesde*, et *Capgras*, Un cas de folie intermittente. Myoclonie et délire de possession prémonitoire des accès. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 467.

306. *Turtregesilo* and *Gotuzzo*, Mental disordres in ankylostomiasis. The Alienist and Neurol. vol. XXX, nr. 1.

307. *Uhlich* (Chemnitz), Die Differenzialdiagnose zwischen hysterischem Dämmerzustand und katatonischer Form der Dementia praecox. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1909, H. 4, S. 1017. (S. 144*.)

308. *Upson*, *Henry*, Painless dental disease as a cause of Neurasthenie and Insanity. The Cleveland med. Journ., August. (S. 150*.)

309. *Urstein*, Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Eine klinische Studie. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 372 S. (S. 144*.)

310. *Vianna*, Dem. praec. Arch. Brasil. de psych. IV, no. 3—4.

311. *Viedenz*, *F.* (Eberswalde), Über Geistesstörung bei Chorea. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 46, S. 171. (S. 151*.)

312. *Vieux-Pernon*, Délire systématisé chez un dégénéré, dont la mère est atteinte de délire polymorphe. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 295.

313. *Vigouroux*, *M. A.*, Les déments précoces dans l'armée. La Clinique 4 année, p. 241. (S. 144*.)

314. *Vigouraux* et *Naudascher*, Méningite tuberculeuse terminale chez un dément precoce dégénéré héréditaire. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome X, p. 296.

315. *Vigouraux* et *Naudascher*, Les infections et les intoxication dans l'étiologie de la démence hébéphrénique. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. année LXVII, tome IX, p. 90.



316. *Vogt*, *Heinrich* (Frankfurt a. M.), Über Fälle von „Jugendirresein" im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins). Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 542.

317. *Vogt*, *R.* (Kristiania), Apperzeptive Sehschwäche bei manisch-depressivem Irresein. Ztschr. f. Psychother. u. Medizin. Psychol. Herausgeg. von A. Moll. Jahrg. I, H. 1. Stuttgart, Ferd. Enke.

318. *Wada* (Tokio), Zerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskrankheiten. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Jahrg. 35, S. 376.

319. *Weber* (Göttingen), Arteriosklerotische Verstimmungszustände. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 647.

320. *Wells*, *Frederic Lymann* (Waverley, Mass.), Motor retardation as a manic-depressive symptom. Americ. Journ. of Insan. vol .LXVI, p. 1.

321. *Westphal*, *Al.* (Bonn), Über einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler)Muskelatrophie mit manisch-depressivem Irresein und sog. Maladie des tics convulsifs einhergehend. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, S. 980.

322. *Westphal*, *Al.* (Bonn), Weitere Beobachtungen über im kataleptischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der kataleptischen Pupillenstarre. Deutsche Med. Wschr. Jahrg. 35, S. 1001. (S. 144*.)

323. *Wickel*, *C.* (Obrawalde), Die Pflege der Manischen. „Die Irrenpflege" Jahrg. XII, Nr. 11.

324. *Wickel*, *C.* (Obrawalde), Die Pflege bei halluzinatorischer Verwirrtheit (akutes halluzinatorisches Irresein). „Die Irrenpflege" Jahrg. XII, Nr. 11.

325. *Wilmanns* (Heidelberg). Die klinische Stellung der Paranoia. Sitzungsbericht. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, S. 176.

326. *Wolff*, *G.*, Behandlung unruhiger Geisteskranker. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. LXVI, H. 6.

327. *Wulff*, Beitrag zur Psychologie der Dementia praecox (Schizophrenie). Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32. S. 113.

328. *Zacharias*, Bromural in der Praxis der Nervenärzte. Deutsche Med.-Ztg. Nr. 63.

329. *Zalociecki*, *Alex.* (Leipzig), Zum Wesen der sog. Psychoreaktion nach Much. Berl. klin. Wschr. Nr. 30.





330. *Zendig* (München), Beiträge zur Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, S. 932.

331. *Zimmermann* (Langenhorn-Hamburg), Histologische Befunde bei Dementia praecox. Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Bd. IX, S. 219. Hamburg, Leopold Voß. (S. 145*.)

332. *Ziveri*, *Alberto*, Considerazioni statistico-nosologiche sulla demenza praecoce. Il Manicomio anno XXIV, p. 87, 1908.

## a) Manisch-depressives Irresein.

*Bechterew* (13) kann der Ansicht *Kraepelins*, wonach alle Formen von Manie und Melancholie periodisch sind, nicht beitreten. Es gibt entschieden auch solche Formen, die keinerlei Zeichen von Periodizität besitzen. *Kraepelin* geht auch darin zu weit, daß er Manie und Melancholie in eine Psychose, die manisch-depressive, vereinigt. Immerhin aber erscheinen dem Verfasser Manie und Melancholie wie zwei leibliche Brüder. Es handelt sich wohl um eine gemeinschaftliche Ursache, die sich nur nach außen in entgegengesetzte Wirkungen auslöst. Als Analogie können gewisse Gifte herangezogen werden, die zunächst eine erregende und dann eine deprimierende Wirkung ausüben. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Berze* (27) berichtet, daß von den 10 Kindern einer manisch-depressiven Mutter 2 früh starben, die übrigen 8 alle psychisch erkrankten, und zwar 7 an manisch-depressivem Irresein, 1 an Dementia paranoides. Weshalb in diesem Falle keine gleichartige Vererbung stattfand, bleibt unklar. Vielleicht sind gerade — nach *Kraepelin* — die Abweichungen von der Gleichartigkeit eben nicht auf die Vererbung, sondern auf die Einwirkung ganz anderer, zufälliger oder persönlicher Ursachen zurückzuführen. *Berze* möchte auch am Prinzip der gleichartigen Vererbung festhalten und annehmen, daß gewisse zufällige, persönliche Ursachen imstande sind, den Einfluß der ererbten Disposition zu verdrängen bzw. zu überstimmen, so daß Psychosen, die nicht als Glieder derselben Erblichkeitsgruppe betrachtet werden, entstehen.

Nach den Versuchen von *Bolgar* (36) lösen einfache musikalische Reize (eine heitere Melodie) bei leichten Affekten Lustgefühle, bei mäßigen Affekten nur geringe oder bald vorübergehende Lustgefühle aus; schwere Affekte bleiben im wesentlichen unbeeinflußt oder werden noch verstärkt oder verschlimmert. Dies gilt auch für die gemütlich stark betonten Wahnideen. Depressive Affekte und Wahnideen verhalten sich also ebenso wie expansive. Danach kommt Musik therapeutisch nur in Frage für leichte und, mit großer Vorsicht, bei manchen mittleren depressiven und expansiven Affekten. Kontraindiziert ist Musiktherapie bei stark deprimierten und stark erregten Kranken.

*Drapes* (70) kann sich einstweilen noch nicht davon überzeugen, daß so viele verschiedene Krankheitsformen, wie *Kraepelin* selbst in seiner Arbeit für seine Klassifikation angibt — eine pathologische Einheit ausmachen sollen, wie es



*Kraepelin* doch mit seinem manisch-depressiven Irresein will. Die Zahl der Mischformen sei zu groß.

Nach *Hößlin* (123) gab es neben der von *Kraepelin* u. a. beschriebenen chronischen bzw. konstitutionellen Manie und Depression noch Fälle von chronischem manisch-depressiven Irresein im Sinne *Schotts*, die sich als unheilbare Form aus der akuten Erkrankung herausentwickeln. Diese Formen gehen nicht in schwere allgemeine Demenz über, außer wenn arteriosklerotische oder senile Prozesse hinzukommen. Die chronisch Manisch-Depressiven zeigen auch eine mehr oder weniger hochgradige gemütliche Abstumpfung. Treten die ersten Anfälle des manisch-depressiven Irreseins erst nach dem 40. Lebensjahr auf, so ist die Prognose von vornherein dubiös; sie trübt sich, sobald die Anfälle länger als 5 Jahre andauern, und wird ungünstig, sobald sich nach Zurückgehen der akuten Erscheinung eine gemütliche Abstumpfung erkennen läßt.

*Lerat* (166) hat das große Material der Asiles de la Seine aus den Jahren 1898—1903 und aus dem Asile Saint-Jacques in Nantes aus den Jahren 1904—1909 durchgesehen und konnte nur eine kleine Zahl von Manien und Melancholien zusammenstellen, wo es sich um den ersten Anfall handelte, wenigstens bei Leuten von 30 Jahren und darüber. Fast immer handelte es sich um Rezidive. Wie *Gilbert Ballet* und *Bené Charpentier*, so kommt auch *Lerat* zu dem Schlusse, daß es sich fast immer um Krankheiten handelt, die zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen sind; einfache Manien oder Melancholien sind jedenfalls äußerst selten, wenn sie überhaupt vorkommen.

*Liebers* (178) bringt einen Fall genuiner Manie nach Diphtheritis bei einem 4- bis 5 jährigen, erblich nicht belasteten, nicht imbezillen Jungen. Die Krankheit blieb etwa ein halbes Jahr auf der Höhe, um dann allmählich in Genesung überzugehen. Der Knabe, der bei der Entlassung aus der Behandlung kein Zeichen von grobem Defekt bot, ist seit 4 Jahren gesund geblieben, besucht aber die Schule für Schwachsinnige und zeigt nur mäßige Fortschritte.

Die 25 jährige Kranke von *Tomaschny* (301) leidet seit etwa 10 Jahren an manisch-depressivem Irresein, Manie und Melancholie wechseln ab. Von Interesse ist, daß während der beiden bisher in der Anstalt beobachteten Depressionszustände sich eine myxödematöse Schwellung der unteren Gesichtshälfte und namentlich der Lippen einstellte, auch die Gegend der Schultern schien an Umfang zuzunehmen. Mit dem Übergang in die manische Phase schwand dies. An einen Zusammenhang zwischen Psychose und körperlichen Veränderungen läßt sich in diesem Falle kaum zweifeln. An der Schilddrüse läßt sich während der myxödematösen Vorgänge keine Änderung konstatieren. Wenn man ein Toxin annehmen wollte, so müßte dieses auch mit der Psychose in irgendeiner Beziehung stehen. Das manisch-depressive Irresein müßte danach mit Stoffwechselstörungen in engem Zusammenhang stehen.

### b) Melancholie.

*Berger* (23) hat hier 238 Fälle von Melancholie, einfache und rezidivierende, zusammengestellt und kritisch gesondert. Er folgert aus den klinischen Symptomen die Zusammengehörigkeit der einfachen und rezidivierenden Melancholie. Die



familiären Beziehungen und das Vorkommen verschiedener Erkrankungsformen bei ein und derselben Person zeigen die Zusammengehörigkeit der einfachen, der rezidivierenden Melancholie und des zirkulären Irreseins. Es existieren fließende Übergänge. Eine praktische Trennung der Krankheitsgruppen hält *B.* für gerechtfertigt. Das Überwiegen der depressiven Zustände einerseits und die Häufigkeit der einmaligen Erkrankung andererseits lassen eine Trennung der einfachen und rezidivierenden Melancholie von dem zirkulären Irresein und ferner eine solche in einmalige und rezidivierende Melancholien geboten erscheinen. Die im jugendlichen Alter einsetzenden Melancholien rezidivieren meist, während die in vorgerückten Lebensjahren zum ersten Male auftretenden Erkrankungen meist vereinzelt bleiben. Der rasche Ablauf der einzelnen melancholischen Erkrankung spricht mehr für ein später rezidivierendes Leiden.

### c) Paranoia.

*Thomsen* (298) gibt erst einen historischen Überblick über die Paranoiafrage seit 1893, um dann an der Hand von 24 Krankengeschichten den Beweis zu erbringen, daß es eine akute Paranoia gibt. Er wendet sich hauptsächlich gegen *Kraepelin* und kommt zu folgenden Schlüssen: Die chronische Paranoia ist in der *Kraepelin*schen Darstellung weitaus zu eng definiert. Dieser Definition entsprechen nur vereinzelte Fälle. Die chronische Paranoia ist in der Tat eine in ihrer Symptomatologie und in ihrem Verlauf vorzugsweise intellektuelle Krankheit funktioneller Natur und steht als solche in einem bedingten Gegensatz zu der Gruppe der vorzugsweise affektiven Psychosen.

Aber auch bei chronischer Paranoia kommt den Affekten im Anfange und später für die Wahnbildung, für Verlauf, Ausgestaltung und Heilbarkeit des Wahnsystems eine erhebliche Bedeutung zu. Desgleichen ist das Vorkommen und die Bedeutung transitorischer Verwirrtheitszustände im Anfange oder im Verlauf der Krankheit nicht zu bestreiten, und endgültige Heilungen gehören keineswegs zu den unbedingten Seltenheiten, wenn auch die chronischen Formen vorzugsweise eine Tendenz zur Chronizität innewohnt. Auch der Ausgang in geistige Schwäche kann nicht geleugnet werden, besonders nicht bei den mit lebhafter Verwirrtheit oder schubweise verlaufenden Fällen.

Bei dieser Charakterisierung und Umgrenzung der „chronischen Paranoia" ist die Deutung ganz analoger, nur durch den Ausgang in rasche Heilung abweichender, akut verlaufender Krankheitsbilder als „akute Paranoia" natürlich und berechtigt. Die Diagnose der akuten idiopathischen Paranoia ist aber nur gestattet, nachdem ausgeschlossen ist, daß das Krankheitsbild nicht eine bloße Teilerscheinung, ein Zustandsbild, entweder anderer Psychosenformen oder im Rahmen der chronischen Paranoia darstellt. Es ist auch geboten, bei der Diagnose der akuten Paranoia spezifisch wirkende ätiologische Faktoren, vor allem Alkohol, Intoxikationen, Puerperien, schweres Trauma und schwere Erschöpfung auszuschließen. Unter Berücksichtigung dieser ausschließenden Momente und der genau geschilderten, als wesentlich angesehenen Symptomatologie und des Verlaufs ist es möglich, die Diagnose der akuten Paranoia zu stellen und zu begründen, und damit den günstigen Ausgang zu prognostizieren.





Mit der Amentia und den eigenartigen Krankheitsbildern jugendlicher Individuen, wie sie *Kraepelin* als Dementia praecox geschildert und präzisiert hat, hat die akute Paranoia nach Wesen, Krankheitsbild und Verlauf nichts zu tun, ebensowenig wie die chronische Paranoia. Bei der großen Rolle, welche die Affektzustände gerade bei der akuten Paranoia spielen, ist die Abgrenzung gegen das manisch-depressive Irresein öfters außerordentlich schwierig, bei der periodischen Paranoia lassen die Unterscheidungsmerkmale zuweilen ganz im Stich.

Die Diagnose des Einzelfalles, bei welcher alle individuellen Faktoren subjektiv gewertet werden können, ist daher oft weit weniger schwierig als die generelle Diagnose. Im Einzelfalle wird es viel leichter sein, unter Berücksichtigung der ganzen psychischen und körperlichen Individualität des Patienten, seines genauen Vorlebens bis zum Ausbruch der Krankheit auf Grund individueller Wertung aller vorhandenen oder fehlenden ätiologischen Momente, der Symptomatologie und des Verlaufs in dem ersten Krankheitsstadium, zu einer richtigen Diagnose und Prognose zu gelangen, als auf Grund einer psychologisch-symptomatischen Zerlegung des gegenwärtigen Krankheitsbildes. Die Katamnese muß die Richtigkeit der Diagnose bestätigen.

Für die Annahme besonderer systematisierter Wahnformen außerhalb der Paranoia liegt bei der Elastizität des Rahmens dieser Krankheitseinheit in quantitativer und qualitativer Beziehung, zu der uns eine unbefangene Würdigung des tatsächlichen Beobachtungsmaterials nötigt, kein genügender Grund vor. Übrigens hat *Thomsen* gegen *Breye* Bedenken, von einer periodischen Paranoia zu reden: dahin gehörende Fälle dürften wohl dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen sein.

### d) Dementia praecox.

In dem Falle von *Becker* (15) handelt es sich um eine Rückenmarkserkrankung, wie sie die progressive spinale Muskelatrophie im Verein mit beginnender Bulbusparalyse und vielleicht auch noch amyotrophische Lateralsklerose darstellen. Dabei bestand Dementia praecox, bestehend in katatonischem Stupor mit Mutazismus und Negativismus.

*Berkley* und *Follis* (25) wollen bei Katatonie gute Erfolge von Thyreoidektomie gesehen haben. Die beigefügten Krankengeschichten ermuntern jedenfalls zu weiteren Versuchen. Dagegen hat die Verabreichung von Schilddrüse oder Lezithin innerlich keine nennenswerten Resultate gegeben.

*Gregor* (109) hat sich außer mit progressiver Paralyse, *Korsakoff*scher Psychose, seniler Demenz, Imbezillität, auch mit einigen Fällen von Hebephrenie beschäftigt. Zwischen akuten und chronischen Fällen bestanden ausgesprochene Unterschiede hinsichtlich einzelner für die Gedächtnisleistung wesentlicher Funktionen. Der akute Fall zeigte bei guter Auffassung und Lernfähigkeit starke Aufmerksamkeitsstörungen, ein geringes, leicht erschöpfbares Quantum von Aufmerksamkeitsenergie, daneben aber auch einen von Ermüdungswirkung nicht abzuleitenden Wechsel der Aufmerksamkeitskonzentration. Charakteristische klinische Symptome der Hebephrenie waren durch die bei den Gedächtnisversuchen ermittelten Aufmerksamkeitsstörungen zu deuten. Dagegen erschien die Aufmerksamkeit bei den chronischen



Fällen intakt. Ihre Gedächtnisleistungen waren vielmehr durch eine Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit beeinträchtigt.

*Mattauschek* (189), der Regimentsarzt ist, hat sein Augenmerk gerichtet vor allem auf den Einfluß von Rasse und Milieu, auf den Verlauf und Ausgang der Dementia praecox. Sein Material stammt aus der psychiatrischen Abteilung des Garnisonspitals in Wien und aus der neuen Anstalt am Steinhof. Bei seinem militärischen Material fand er 17,1% Dementia praecox. Er kommt zu folgenden Resultaten: Direkte hereditäre Belastung durch Geisteskrankheit kann bezüglich des Ausgangs der Dementia praecox als prognostisch ungünstiger Faktor angesehen werden. Die akut und subakut einsetzenden Fälle machen einen günstigen Ausgang wahrscheinlich. Die beim Militär beobachteten Fälle von Dementia praecox verlaufen wesentlich günstiger. Es scheint daher die individuelle Konstitution nicht ohne Einfluß auf den Verlauf und Ausgang. Die Dementia praecox bietet bei Individuen deutscher Nation ceteris paribus eine bessere Prognose, während die gleiche Psychose bei der jüdischen Rasse prognostisch viel ungünstiger zu beurteilen ist. Den Schluß der Arbeit bilden 10 ausführliche Krankenberichte.

*Mickle* (196) weist darauf hin, daß bei der Dementia praecox bzw. in den Krankengeschichten, auch bei *Kraepelin*, die katatonischen Erscheinungen eine sehr große Rolle spielen, und daß im Gegensatz dazu bei der Nomenklatur die Katatonie gar nicht zum Ausdruck kommt. Man müsse daher statt Dementia praecox richtiger sprechen von Katatonic insanities oder insanities group, oder Katatonic insanity, oder Katatonic dementia (oder deterioration), und dieser dann mehrere Unterabteilungen geben.

*Ricksher* (246) hat Worte und Zahlen genannt und seine Kranken reproduzieren lassen, oder Tafeln mit Abbildungen kurze Zeit besichtigen und die Kranken dann erzählen lassen, was sie gesehen. Im allgemeinen gaben die männlichen Versuche bessere Resultate. Die paranoische Form gab bessere Resultate als Katatoniker und Hebephrene. Je stärker die Krankheit, je länger ihre Dauer, desto schlechtere Resultate im allgemeinen. Die längere Dauer der Krankheit ist nicht immer gleichbedeutend mit dem Grade der Demenz. Die Reproduktionsmöglichkeit hängt ab direkt von der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, und von dem Interesse, das die Kranken dem Experiment entgegenbringen.

*Stransky* (294) will „mit dem vorliegenden Versuch ... auf eine nicht nur dem Psychiater, sondern vielleicht auch dem gebildeten Laien verständliche Art einige an sich nichts Neues bringende Streiflichter auf die Frage der Dementia praecox werfen". Er bespricht den Begriff der Krankheit, ihre Psychopathologie, Symptome, Einteilung, Verlauf usw. Er erklärt sich gegen die Annahme einer psychogenen Entwicklung (*Jung*). Vielleicht könne man sagen, es besteht eine gewisse Affinität zwischen hysterischer und hebephrenisch-katatonischer Disposition. Die Wahnbildung, der Anstoß der Wahnbildung, wird aber nicht durch einen Komplex (im *Freud*schen Sinne) ausgelöst. Man kann nicht den „erstarrten Komplex" gleichsam als Kern der kranken Psyche des Frühdementen bezeichnen. Der Inhalt eines solchen Komplexes kann zwar lange Zeit, vielleicht auch dauernd, der Inhalt des katatonischen Seelenlebens sein, namentlich infolge der Perseverationstendenz und Unproduktivität der katatonen Seele. Bei der ausgebildeten Krank-



heit steht aber das große ataktische seelische Durcheinander mehr im Vordergrunde als das Haftenbleiben. Hier versagt dann die psychogene Deutung ganz. Gegen letztere spricht übrigens auch die Tendenz zur Progression bei der Dementia praecox, die psychische Destruktion, die tiefgreifenden elementaren psychischen Zerfallsprozesse. Dagegen spricht, daß sich Dementia praecox nicht selten an schwere körperliche Erschöpfungen anschließt; dagegen sprechen die Begleiterscheinungen auf körperlichem Gebiet, die ihrem ganzen Aspekt nach organischer Natur sind. Die Grenzbeziehungen der Dementia praecox sind reich und mannigfach, die Grenzen selber an vielen Stellen noch strittig.

*Skljar* (283). Über die Grübelsucht. (Auch *Korssakoffs* Journal 1909 H. 3/4 S. 469.) Ausführliche Mitteilung eines Krankheitsfalles, der in seinen Hauptzügen „endloses Grübeln" über verschiedene den Kranken betreffende Ereignisse, ferner eine Reihe hypochondrischer Klagen, übertriebene Gewissenhaftigkeit und Ängstlichkeit des Charakters, die übrigens schon von Jugend an bestanden, sowie „Ahnungen" zeigte. Andere Erscheinungen (Mutazismus, Nahrungsverweigerung, andauerndes Beten in stereotypen Stellungen) ließen an das Vorhandensein einer Katatonie denken. Die scheinbar katatonen Symptome wurden jedoch vom Kranken selbst in durchaus logischer Weise mit seinen krankhaften Vorstellungen erklärt. Trotz jahrzehntelanger Dauer trat keine Demenz ein. Mit Recht führt *S.* den ganzen Zustand auf degenerative Veranlagung zurück; er trennt die „Grübelsucht" von den übrigen Formen des Entartungsirreseins ab. Weniger gelungen ist ihm der Beweis, daß die Grübelsucht von den Zwangszuständen völlig zu trennen sei. *Voss.*

*Uhlich* (307) macht uns mit einem interessanten Falle bekannt, der namentlich differentialdiagnostisch schwer war, auch in strafrechtlicher Hinsicht.

*Urstein* (309) hat sich die Mühe gegeben und die Geschichten von 1000 Kranken zusammengestellt, von denen er hier 641 verarbeitet hat. 30 Krankengeschichten werden hier mitgeteilt. In vielen Fällen ergab die Katamnese, daß man die betreffenden Kranken zu Unrecht zum manisch-depressiven Irresein gerechnet hatte. *U.* legt nach seinen Erfahrungen ein Hauptgewicht darauf, ob im Beginn der Erkrankung katatone Zustände, namentlich Spaltung der Persönlichkeit beobachtet wird. Diese intrapsychische Ataxie findet man sehr oft. Dann handelt es sich fast ausnahmslos um Dementia praecox, auch wenn gewisse zyklothyme Nebenerscheinungen vorhanden sind. *U.* weist ferner darauf hin, daß eine Reihe seiner Patienten vor vielen Jahren an Hirnentzündung, Typhus oder dergleichen behandelt wurden und möchte nicht ausschließen, daß damals bereits Katatonie bestand. Ob Dauerheilungen vorkommen, ist fraglich, doch beobachtet man oft noch nach einer Reihe von Jahren große Remissionen.

*Vigouroux* (313) macht unter Beibringung einer Reihe von Beispielen darauf aufmerksam, daß an Hebephrenie Erkrankte, ohne daß es bemerkt wird, oft ins Heer eintreten und sich später schwere Strafen zuziehen. Dem ist nur abzuhelfen durch eine bessere Ausbildung der Militärärzte in psychiatrischer Hinsicht.

*Westphal* (322) hat seine früheren Beobachtungen bei katatonem Stupor durch weitere Fälle bestätigt gefunden. Er bezeichnet die beobachteten Pupillenphänomene als katatonische Pupillenstarre. Von großem Wert dürften aber weitere Untersuchungen bei beginnender, diagnostisch noch unklaren Krankheitsfällen sein.





Für die Frage des Zustandekommens dieser Pupillenphänomene ist von Wichtigkeit, daß das plötzliche Auftreten und Verschwinden einer Innervationsstörung der Iris, welche zu einer vorübergehenden Unbeweglichkeit derselben führt, eine dem hysterischen und katatonischen Zustand gemeinsame Erscheinung ist. Ferner scheint ein Zusammenhang zwischen den allgemeinen, für diese Krankheiten charakteristischen Muskelspannungen und dem abnormen Verhalten der Pupillen zu bestehen. *W.* hat bisher keinen Fall von katatonischer Pupillenstarre beobachtet, in dem abnorme Muskelspannungen dauernd völlig fehlten. Doch können die Spannungszustände der Körpermuskulatur und die Pupillenstarre zeitlich auseinanderliegen. *W.* ist es weiter gelungen, wie auch *Redlich* bei Hysterischen, durch andauernde kräftige Muskelkontraktion der Kranken die während des Stupors beobachteten Pupillensymptome hervorzurufen. *W.* glaubt, daß in vielen Fällen sowohl bei der künstlichen Hervorrufung des Pupillenphänomens wie bei dem paroxysmalen Auftreten der absoluten Pupillenstarre während der Krampfanfälle eine tonische Anspannung der Körpermuskulatur dieselbe begünstigt. Dabei brauchen Pupillenstörungen und Körperspasmen nicht immer direkt Hand in Hand zu gehen. *W.* nimmt an, daß bei den hier in Betracht kommenden krankhaften Zuständen ein abnormer Tonus der Irismuskulatur vorhanden ist im Zusammenhang mit Veränderungen des Tonus der Körpermuskulatur. Dafür spricht die experimentelle Hervorrufung der Pupillenstarre durch willkürliche Muskelspannungen bei Hysterie, Epilepsie und Katatonie. Schon normalerweise besteht eine Abhängigkeit der Innervationsverhältnisse von dem Verhalten des Tonus der Körpermuskulatur.

*Zimmermann* (331) hat in 5 Fällen von Dementia praecox das Gehirn (Stirnhirn) untersucht und die Pia immer verdickt gefunden. Die Verdickung war eine durchaus zellenarme, im wesentlichen durch fibrilläres Bindegewebe bedingt. Verwachsungen zwischen Pia und Rinde wurden nicht beobachtet, in einem Falle drangen an einer umschriebenen Stelle Gefäße von der Rinde in die Pia. Atheromatöse Entartung. Gefäßverschlüsse mit Erweichungsherden, hyaline Entartung usw. fehlten völlig. Die gefundenen Gefäßveränderungen beruhten zum Teil auf schweren Ernährungsstörungen. Entzündliche Veränderungen, Trauma, Alkohol, Lues haben in den 5 Fällen keine Rolle gespielt.

Eine Vermehrung der Glia wurde in 2 Fällen beobachtet: es traten Gliawucherungen bei wenig veränderten Zellen auf, während andererseits Gliawucherung fehlte, wo tatsächlich nervöse Zellen zugrunde gegangen waren. Der Glia kann man also in diesen 5 Fällen keinen entscheidenden Faktor für die Dementia praecox beimessen.

Was die Nervenzellen und Markscheiden anbetrifft, so waren die Kerne meist verändert. Die Veränderung bestand in Aufquellen, Schrumpfung, Randständigkeit oder sie erschien halb aus der Zelle herausgestoßen. Das Tigroid zeigte sich meist verändert, erschien verschmälert oder fehlte so gut wie ganz. Am häufigsten wurde es zu groben Blöcken um den Kern gruppiert angetroffen. Die Zellenfortsätze zeigten sich teils sklerosiert, in ihren Endaufspleißungen varikös entartet, teils fehlten sie gänzlich. Selten waren sie normal. Die Markscheiden zeigten sich hin und wieder gelichtet.








## e) Sonstiges.

*Bonhoeffer* (38) macht darauf aufmerksam, daß auch Vergiftungen, Infektionskrankheiten, Autointoxikation bei Hydrops, schwere äußere Schädel- und apoplektische Hirntraumen ein Zustandsbild hervorrufen können, das wir erfahrungsgemäß sehr viel häufiger aus endogener Entstehung kennen. Die groben exogenen Schädigungen der verschiedensten Art schaffen im wesentlichen übereinstimmende akute psychische Symptomenbilder. Es wäre vielleicht zweckmäßiger, hier von psychischer Reaktionsform zu sprechen. Eine scharfe und vollständige symptomatologische Scheidung der exogenen Symptomenbilder von den psychischen Zustandsbildern, die man sonst als endogen kennt, ist nicht durchführbar.

*Bresler* (40) hofft bei der Erniedrigung des Blutdrucks Verlangsamung und Verbesserung des Blutes, angenehmes Wärmegefühl, Empfindung von Wohlbehagen und Beruhigung, deutliches Schlafbedürfnis. Indikation für die Anwendung des Sauerstoffbades sind daher Arteriosklerose, nervöse Angstzustände und Erregtheit, Schlaflosigkeit.

*Briand* und *Brissot* (41) beschreiben 2 Kranke, die neben Epilepsie an Melancholie und Manie leiden, eine weibliche Kranke litt neben Epilepsie und Melancholie auch noch an Alkoholismus, letzterer war erst nach der Epilepsie hinzugekommen. Ref. könne in allen Fällen doppelte Belastung nachweisen, der eine Elternteil litt an Epilepsie, der andere an Geistesstörung. Fälle, daß im Elternteil die Anlage zu beiden Krankheiten vererbt, kommen übrigens auch vor.

*Friedmann* (93) bringt hier 10 Beobachtungen. Melancholien und Manien sind im Kindesalter selten. Schwere affektive Psychopathien sind ebenfalls selten, häufiger findet man milde und kurz verlaufende Melancholien und Manien, die Verfasser in dreierlei verschiedene Formen trennen will. Nicht selten sind eigentümliche Verlaufsformen der periodischen Psychose, bei welchen relativ große Serien ziemlich kurzer Anfälle von Depression und Erregtheit sich unmittelbar folgen, so daß nach relativ kleinen, gesunden Intervallen immer von neuem die gleiche psychische Erkrankung hervorbricht. Häufiger sind, und zwar bei nervös veranlagten Kindern, infolge von plötzlicher starker Gemütsbewegung, atypische Verstimmungen und Erregungen, welche zwar dem Zustandsbilde speziell der Melancholie mitunter recht nahe kommen, die aber dennoch überhaupt nicht den echten Psychosen zuzuzählen sind. Sie gehen meist in einigen Wochen in Genesung über und bleiben ohne schädliche Nachwirkung für das spätere geistige Leben. *Fr.* nennt diese Zustände psychopathische Reaktion. Drittens gibt es ebenfalls milde Melancholien und Manien, regelrechte Psychosen, die aber doch im Verlauf des Kindesalters vereinzelt bleiben. Sie haben meist kurze Dauer, sind aber wohl die Vorläufer der periodischen Psychose des reifen Lebensalters. Zum Schluß macht *Friedmann* auf eine Art pseudomaniakalischer Zustände aufmerksam, die nur vorgetäuscht werden durch ein besonders stark unruhig-nervöses Temperament bei kleinen Kindern, die früher offenbar zur Annahme einer manischen Geistesstörung bei Säuglingen verleitet haben.

*Grinstein* (111) veröffentlicht einen Fall einer erst vor kurzer Zeit von *Stiller* als nosologische Einheit beschriebenen Krankheit. Es handelt sich hierbei um Kurz-



atmigkeit, Herzklopfen, Enteroptose und vollständige Beweglichkeit der 10. Rippe. Während aber bei *Stiller* hauptsächlich die Beteiligung der glatten Muskulatur betont ist, war hier fast die gesamte willkürliche Muskulatur befallen. Die Bewegungen konnten zwar ausgeführt werden, aber nur mit ganz geringer Kraft. Dank dem geringen Widerstande der Muskeln waren passive Bewegungen von auffallend großen Exkursionen möglich. Die Lage der Wirbelsäule mußte durch künstliche Mittel (Korsett) aufrecht erhalten werden. Verfasser schließt differentialdiagnostisch mit gutem Recht verschiedene Formen von Atrophie, Myotonia congenita (*Oppenheim*), Myasthenie und Akinesia algera aus.

(*Fleischmann*-Kiew.)

*Hermkes* (117) kommt unter Beibringung von zwei Krankengeschichten, wonach zwei erblich nicht belastete Schwestern an Melancholie erkrankten, zu dem Schluß, daß in solchen Fällen die primäre Erkrankung nicht die spezifische Ursache der sekundären ist, sondern nur das auslösende Agens; sie kann aber auch den äußeren Verlauf der letzteren, insbesondere den Symptomenkomplex, beeinflussen. Beiden Erkrankungen liegt als wesentliche Krankheitsursache eine entsprechende Disposition, ein primärer psychischer Mangel zugrunde.

Die Kranke von *Hobohm* (121) erleidet am Ende der Schwangerschaft einige eklamptische Anfälle und zeigt im Anschluß daran einen Verwirrtheitszustand unter leichter Erregung, mit lebhaften Illusionen und Halluzinationen. Etwa 3 Wochen besteht Echolalie, Echopraxie, wie die ausführliche Krankengeschichte zeigt. Später Genesung. *H.* sieht als notwendige Vorbedingung für die Echolalie im vorliegenden Falle das vollständige Darniederliegen der Assoziationstätigkeit. Auf diesem Hemmungszustande kommt durch das Zusammentreffen von Rededrang, Ablenkbarkeit und Perseveration die Echolalie zustande. Sie war eine Zwangserscheinung (*Ziehen*). Für die Dauer des Bestehens der Echolalie ist die Genesung mit verantwortlich zu machen. Sie überdauerte daher auch in diesem Falle die Erregung und den Rededrang und schwand nur allmählich. Ob die verschiedenen Arten und Grade von Echolalie miteinander wesentlich gleich sind, läßt sich heute noch nicht sagen.

*Lévy-Valensi* (175): Die geistig gut veranlagte, bisher geistig gesunde, nicht religiös veranlagte, doch zu Aberglauben neigende Person geht zu einem „Medium" und läßt sich von ihrem verstorbenen Vater Verhaltungsmaßregeln geben. Am folgenden Tage bereits die Idee, daß ihr Vater in ihr steckt, aus ihr spricht, Befehle erteilt und dergleichen. Die ganze Umgebung glaubt dies! Sie wirft ihrem Manne Untreue vor, liegt wie gekreuzigt da usw. Im Anschluß daran ein deliranter Zustand mit zahlreichen Halluzinationen, Verfolgungs- und Versündigungsideen. Erbliche Belastung nicht vorhanden. Die Geisteskrankheit ist in diesem Falle durch die spiritistischen Praktiken jedenfalls ausgelöst, wenn nicht verursacht worden.

*Much* und *Holzmann* (202) glaubten im Blute von Manisch-Depressiven und bei Dementia praecox Stoffe entdeckt zu haben, die sich bei andern Geisteskrankheiten nicht finden, ausgenommen bei Epileptiken mit zirkulären psychischen Affektionen. Diese in minimaler Menge vorhandenen Stoffe lassen sich durch eine biologische Reaktion nachweisen. Das Serum dieser Kranken oder der mit diesen Affektionen hereditär Belasteten hemmt die menschenblutkörperchenlähmende





Wirkung des Kobragiftes, während das Serum normaler Menschen diese Wirkung nicht hat. Im Liquor kommt die Reaktion nicht vor. Kein sicher diagnostizierter Fall ließ nach *Much* und *Holzmann* die Reaktion vermissen. Es handelte sich dabei um 400 Fälle des Eppendorfer Krankenhauses. Hätte sich der Fund bewahrheitet, so würde die Ansicht von der somatischen Ätiologie bestimmter Geisteskrankheiten eine neue Bestätigung gefunden haben. Auch die Lehre von der familiären Veranlagung hätte eine neue Stütze und Erweiterung gefunden.

Die Nachprüfungen haben leider die Resultate von *Much* und *Holzmann* nur zum Teil oder gar nicht bestätigt.

Am günstigsten sprechen sich noch *Geißler* und *Schultz* aus.

Nach *Geißler* (100) finden sich im Blutserum von Geisteskranken mit Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein Stoffe, welche die *Much-Holzmann*sche Reaktion geben, und zwar in 100%, vorausgesetzt, daß die Methode richtig angewendet und die richtige Zeit zum Experiment gewählt wird. Auf der Höhe der manischen und depressiven Phase ist die Reaktion für das manisch-depressive Irresein pathognomonisch, im Intervall und beim Abklingen meist negativ. Auch bei Dementia praecox muß man die Zeit stärkerer Erregung oder Depression abwarten. Stupor gibt unsichere Resultate. Bei Epilepsie läßt sich die Reaktion nicht verwerten. Bei zurzeit geistig Gesunden läßt die Reaktion keinen Schluß ziehen auf eventuell bestehende Erblichkeit. Anscheinend gaben übrigens auch andere Psychosen und Körperkrankheiten dieselbe Reaktion! *Geißler* verspricht weiterhin eine baldige Mitteilung über eigene serologische Untersuchungen, die wohl ermöglichen, jeden typischen Fall von Dementia praecox nachzuweisen und auch die Psychosenkomplexe der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins gegeneinander abzugrenzen.

Nach *Schultz* (270) unterscheiden sich inaktivierte Menschensera individuell in ihrer Fähigkeit, die Hämolyse von Menschenblut durch Kobragift zu hemmen, lassen dieselbe aber in der Regel vermissen. Es gelang *Schultz* jedoch in der verfolgten Anordnung nicht, durch Nachweis einer gesetzmäßigen Steigerung gewisse Krankheitsbilder (Dementia praecox, zirkuläres Irresein) im Sinne der von *Much* und *Holzmann* angegebenen Psychoreaktion zu differenzieren.

Dagegen finden *Beyer* und *Wittneben* (31) die Reaktion bei allen Geisteskranken, aber auch bei körperlich Kranken und bei Leuten, die körperlich und geistig völlig gesund sind. Die Hemmung ist der Ausdruck gewisser Vorgänge des Stoffwechsels, die uns noch unbekannt sind.

Während *Eisner* und *Kornfeld* (79) konstatierten, daß die Reaktion, wenn auch nicht spezifisch für eine bestimmte Geisteskrankheit, so doch bei Geisteskranken häufiger auftritt als in andern Krankheitsfällen, fanden *Fraenkel*. *Kate* und *Bierotte* (90) einen erheblichen Prozentsatz von zirkulärem Irresein und Dementia praecox die Reaktion negativ. Auch *Hübner* und *Selter* (121) konnten die Reaktion in noch nicht 50% der Fälle von manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox als positiv bezeichnen. Sie fanden die Reaktion namentlich auch bei Neurosen und organischen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, *Kraus*, *Plötzl* und *Renzi* (153) bei Sarkom- und Karzinomkranken. *Nitsche*, *Schlimpert* und *Dunselt* (206) konnten auch (gegen *Geißler*) ein gesetzmäßiges Auftreten der



Reaktion in einzelnen Phasen der Dementia praecox oder des manisch-depressiven Irreseins und ein Fehlen in andern nicht feststellen. Auch wurde eine Beziehung zwischen positivem Ausfalle der Reaktion und zwischen äußeren Faktoren (Muskeltätigkeit, Nahrungsverweigerung, Einnahme narkotischer Mittel usw.) nicht beobachtet.

*Pförringer* und *Landsberger* (222) halten die Reaktion, die für klinisch umschriebene psychiatrische Krankheitsbilder nichts spezifisches ist — für den Ausdruck allgemeiner Schwankungen im Stoffwechsel, im besonderen in den Oxydationsvorgängen, an denen in erster Linie die roten Blutkörperchen beteiligt sind.

*Oekonomakis* (211) bespricht die in der Schwangerschaft — Wochenbett — und Laktationsperiode häufiger vorkommenden klinischen Formen. Zweimal sah er den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex (polyneuritische Psychose) im Wochenbett, bei Ausschluß jeder Alkoholeinwirkung, ganz typisch auftreten.

(*Autoreferat.*)

Nach *Pighini* (226) findet man, wie bei Epilepsie und Paralyse, Cholesterin auch häufig bei Dementia praecox in der Lumbalflüssigkeit, was Verfasser mit dem Schwunde der Gehirnsubstanz zusammenbringen will.

*Rickshen* (247) hat 70 Fälle zusammengestellt, darunter 31 mal manisch-depressives Irresein, 28 mal Dementia praecox, 5 mal Amentia. Auf die Schwangerschaft kamen 10 Psychosen, auf Puerperium (bis 4 Wochen nach der Entbindung gerechnet) 43, auf Laktation 17. Von eigentlichen Puerperalpsychosen kann man nicht sprechen. Die Sterblichkeit der Kinder ist in diesen Fällen sehr groß. Suizid ist selten.

*Rosenfeld* (254) kommt nochmals auf seine früheren Arbeiten (im Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.) von 1904 und 1908 zurück und bespricht hier einen dahin gehörigen Fall ausführlich zur weiteren Begründung seiner Behauptungen.

In der andern Arbeit (253) geht *Rosenfeld* auf frühere Arbeiten zurück. Ausgehend davon, daß bei akutem Bewußtseinsverlust das Verhalten der Reflexe wesentliche Anhaltspunkte für die klinische Beurteilung des Falles bietet, hat *R.* früher (Zentralbl. f. Nervenheilk. 31. Jahrg.) über Versuche berichtet, welche darauf abzielten, mit Hilfe einer leicht anwendbaren Methodik das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter einfacher psychischer Leistungen bei endogenen funktionellen Psychosen darzutun. Er prüft die Art und Weise von Ausdruckbewegungen, wie sie bei der Einwirkung einfacher Sinneseindrücke normalerweise zustande zu kommen pflegen, bei akuten Psychosen, und sieht, ob in dem Nachahmungsvermögen für ganz einfache Rhytmen Störungen aufgetreten sind oder nicht. Er hat hier seine Methode noch erweitert. Die Methode hier zu beschreiben ist nicht angängig. Er prüft, wie die Kranken sich bei Olfactoriusreizung, bei Prüfung des Trigeminusgeruchs (Prüfung mittels Ammoniak) verhalten, wie die Kranken sich verhalten, wenn sie aufgefordert werden, zwei gleichzeitig vorgehaltene Stimmgabeln zu unterscheiden. Dann sieht er, ob die Kranken imstande sind, einen bestimmten Rhytmus, der ihnen z. B. vorgeklopft wird, genau in gleicher Weise nachzuahmen usw.

*R.* glaubt dadurch, wie er an 10 akut einsetzenden Fällen zeigt, die Differentialdiagnose zwischen Defektpsychosen und dem manisch-depressiven Irresein erleich-

tern zu können. Unter Defektpsychosen ist nicht nur Dementia praecox, sondern auch Paralyse und Arteriosklerose gemeint.

*Rougé* (257) gibt zu, daß eine strenge Scheidung zwischen den beiderlei Krankheiten nicht möglich ist. Seine Krankengeschichten stammen zum Teil aus der Epidemie 1890/91. Er unterscheidet die Délires initieux, je nachdem sie auftreten, in der Période prodromique oder Période d'invasion. Bei ersteren ist die Prognose der Krankheit günstig im Gegensatz zu den Erkrankungen bei Typhus, wo 70% Todesfälle zu erwarten sind, sobald das Delir brüsk bei Beginn der körperlichen Erkrankung einsetzt. Das Délire de la période d'invasion et de la période d'état ist meist einfaches Fieberdelir, wie bei andern toxischen Erkrankungen; es ähnelt dem Alkoholdelir. Mikroben kamen als Ursache in Betracht, allerdings nur auslösend, denn meist besteht Erblichkeit und sind frühere Psychosen notiert.

Die Psychosen der Influenzarekonvaleszenz teilt *Ladame* in drei Gruppen: Mélancholie, Hypochondrie, — Psychoses asthéniques — autres formes mentales. Die Psychoses asthéniques (nach *Kraepelin*) wieder in vier Untergruppen: le délire de collapsus, la démence ou stupeur hallucinatoire, la démence asthénique, et la démence aiguë ou stupidité. Diese Untergruppen will Verfasser nicht anerkennen; ein Teil dieser Erkrankungen haben sicher schon im febrilen Stadium begonnen. Bei den Psychosen der Rekonvaleszenz kommen ätiologisch weniger die Mikroben in Betracht, als Körperschwäche, Erschöpfung, Heredität. Daher sieht man in der Rekonvaleszenz häufiger Melancholie und Manie, während in der Fieberzeit Delirien, Halluzinationen, Unruhe auftreten. Die während der katarrhalischen Affektion auftretenden Psychosen ähneln den Influenzapsychosen. Die Psychoses grippales und catarrhales de la convalescence haben eine deutliche Tendenz zur Melancholie, aber auch zu Selbstmord.

Der Fall von *Siemerling* (277) zeigt außer den Symptomen der Anämie Kribbeln in den Fingerspitzen, unsicheren Gang, gesteigerte Reflexe, Schwäche in den Extremitäten, *Babinski*, Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit an den Unterextremitäten. Dabei Eifersuchts- und Vergiftungswahn, später Apathie, Depressions- und Erregungszustände, wahnhafte Auslegung der Parästhesien, Gift an den Händen, Gas im Körper, Glasscherben im Leib usw. In der Anamnese: Heredität, Lues, Alkohol. Die Sektion ergab myelitische Herde in den Hinter-, Seiten- und Vordersträngen. Körnchenzellen. Geringe frische Blutungen.

Anämie und Rückenmarkserkrankung stehen nicht in ursächlichem Zusammenhange, sondern sind jede für sich unabhängig „der Ausfluß einer gemeinsamen Noxe. Wie bei Infektionskrankheiten die toxischen Stoffe bzw. Bakteriengifte eine bedeutungsvolle Rolle beim Zustandekommen der psychischen Störungen spielen, so sehen wir auch bei der perniziösen Anämie mit ihren spinalen und zerebralen Begleitsymptomen in den toxischen Stoffen das schädigende Moment, welches in gleicher Weise an den roten Blutkörperchen und den nervösen Zentralorganen seine deletäre Wirkung entfaltet. Daher erklärt sich auch die Unabhängigkeit der spinalen Affektion von der Anämie.

*Upson* (308) glaubt, daß — wie Neuralgie und neurasthenische Zustände von Krankheiten der Zähne ihren Ausgang nehmen — so auch Psychosen auf solche zurückzuführen sind. Er berichtet hier über einige Fälle, wo Psychosen, die zum



Teil älteren Datums waren, nach Behandlung bzw. Extraktion kariöser Zähne sehr rasch und dauernd schwanden. Es sind Fälle von Manie, Melancholie und Dementia praecox.

*Viedenz* (311) bringt zur Kasuistik 5 Fälle von Chorea Sydenham mit Psychose, darunter einen Fall von Chorea senilis. Es handelt sich um halluzinatorisehe Verwirrtheitszustände. *V.* meint, die Theorie von *Möbius*, daß die Geistesstörung bei Chorea als Infektionspsychose aufzufassen sei, befriedige nur da, wo es sich bei Chorea um kurzdauernde, akute Psychosen (halluzinatorische Verwirrtheit) handelt, nicht da, wo die Geistesstörung monatelang besteht. Diese Fälle möchte *V.* zu den Erschöpfungspsychosen rechnen. Dafür spräche der Verlauf der betreffenden Psychose. Therapeutisch empfiehlt *V.* Scopolamin. hydrobrom. unter Zugabe von Morphium.

---

## 3. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref.: L. W. Weber - Göttingen.

1. *D'Abundo*, Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28 Dicembre 1908 in Sizilia. Riv. di neuropat., psich. ed elettroterap. II, 2. (S. 180*.)
2. *Abraham*, *Karl* (Berlin), Über die Stellung der Verwandtenehe in der Psychologie der Neurosen. Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathologische Forschungen (redig. v. *Jung*) Bd. 1.
3. *de Almeida*, *W.* (Rio), Sobre os saes de calcio na epilepsia. Arch. Brasileiros de psychiatria, neurologia e medicina legal. Ann. 5, Nr. 1—2, S. 179.
4. *Andernach*, *L.* (Königsberg), Ein Fall von Hysterie mit Oedème bleu und Differenz der Kniephänomene. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 43.
5. *Anfimow*, Konzentration und psychische Arbeitsfähigkeit bei Epilepsie. Obosrenje psichiatrii 9—12. (S. 171*.)
6. *Aub*, Wirkung des galvanischen Stroms bei Erschöpfungszuständen des menschlichen Gehirns. München 1910. Gmelin. (S. 183*.)
7. *Austregesilo*, Ataçues epileptoides produzidos pelo uso de brometo de camfora. Brazil Medico.
8. *Austregesilo*, *A.* und *Gotuzzo*, *H.*, Geistesstörungen bei Uncinariasis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 13, Nr. 11, S. 339.
9. *Austregesilo*, *A.* (Rio de Janeiro), Syndromos pluriglandulares endocrinicos. 31 S. Rio de Janeiro 1909.

10. *Austregesilo*, *A.* (Rio), Hysteria e syndromo hysteroïde. Arch. Brasileiros de psych., neurol. e med. legal. Ann. 5, Nr. 1—2, p. 59. (S. 177*.)

11. *Austregesilo*, *A.* (Rio de Janeiro), Hysteria e syndromo hysteroïde. 21 S. Rio de Janeiro.

12. *Babinski*, *J.*, Démembrement de l'hystérie traditionelle. Pithiatisme. Semaine médicale Nr. 1.

13. *Baginsky*, Über Kindernervosität und nervöse Kinder. Therapie d. Gegenw. April—Mai 1909. (S. 181*.)

14. *Baker*, *A. R.*, Exophthalmic goiter. Ophthalmology Bd. V, Nr. 2, p. 219.

15. *Bardachzi*, Polyzythaemie mit Chorea. Prag. med. Wschr. Nr. 17. (S. 184*.)

16. *Barth*, *G.*, Über die Beziehungen der Migräne zu anderen Nervenkrankheiten. Inaug.-Diss. Leipzig. August 1909.

17. *Baumann*, *W.* (Ahrweiler), Über den isolierten Ösophaguskrampf. Psych.-neurol. Wschr. IX. Jahrg., Nr. 26, S. 233.

18. *Benon* et *Froissart*, Fugues diverses chez un obsédé alcoolise. Journ. de psychol. Nr. 3. (S. 170*.)

19. *Benon* et *Froissart*, Les fuegues en pathologie mental. Journ. de psychol. mental et pathol. Nr. 4. (S. 170*.)

20. *Benon* et *Froissart*, L'automatisme ambulatoire. Gazette des hôpitaux Nr. 86.

21. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Einige Versuche mit *Rosenberg*schem Epileptol. Reichsmedizinalanzeiger, Jahrg. 34, Nr. 18, S. 343.

22. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Hypergeusia senilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, 1909. H. 6, S. 531.

23. *Becker*, Über Hypnosebehandlung. Med. Klinik. Nr. 24.

24. *Bernheim*, Conception pathogénique des états dits neurasthéniques, psychasthéniques, psychoneurasthéniques liés à une dyscrasie toxique souvent constitutionelle et native. Rev. de méd. 1909, Nr. 4, S. 257—271.

25. *Besta*, *C.*, Über das gerinnende Vermögen des Blutserums der Epileptiker. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 32, Nr. 289, S. 459.

26. *Bethge*, *W.*, Über psychische Störungen bei *Sydenham*scher Chorea. Inaug.-Diss. Kiel. Juni—Juli 1909. (S. 185*.)



27. *Bianchi*, *L.*, Contributo alla cognoscenza della emicorea sintomatica. Annali di nevrologia. Ann. 27. fasc. 1—2. (S. 184*.)
28. *Bianchini*, *Levi* (Noc. Infer.), Le epilessie menstruali. Manicomio, ann. 25, p. 107.
29. *Bing*, *R.* (Basel), Über hereditär-familiäre Nervenkrankheiten (Sammelreferat). Med. Klin. 1909, Nr. 26, S. 972.
30. *Binswanger*, *O.*, Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung. Epilepsia, I. ann., fasc. 1, p. 32. (S. 168*.)
31. *Binswanger*, *L.*, Versuch einer Hysterieanalyse. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch., I. Bd., I. Hälfte, S. 174. (S. 176*.)
32. *Bleuler* (Zürich), Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und den Neurosen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Nr. 22. (S. 179*.)
33. *Bornstein*, Die paroxysmale Lähmung. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. XXXV, H. 5. (S. 170*.)
34. *Bornstein*, *M.*, Migraine ophthalmoplégique. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, S. 255. (S. 183*.)
35. *Bouché*, *G.*, (Anderlecht) L'épilepsie essentielle. 310 S. Bruxelles 1909. Imprimerie médicale et scientifique L. Severeyns, 44 rue de Montagne aux Herbes Potogères. (S. 168*.)
36. *Bousquet*, *L.* et *Anglada*, *J.*, Contracture hystérique généralisée. Gaz. des hôp. 1909, S. 347.
37. *Bratz* und *Schlockow* (Wuhlgarten), Über neuere Behandlungsmethoden der Epilepsie. Deutsche med. Wschr. Nr. 27, S. 1184. (S. 172*.)
38. *Breuer*, *Jos.* und *Freud*, *Sigm.* (Wien), Studien über Hysterie. II. Aufl. 269 S. 7 M. Leipzig u. Wien 1909. F. Deuticke.
39. *Brügelmann*, *W.*, Die Migräne, Hemicrania, ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Behandlung, resp. Heilung. 52 S. Wiesbaden 1909. J. F. Bergmann.
40. *Brunzlow*, *C. O.* (Posen), Über hysterische Schmerzen am Warzenfortsatze bei Ohrenkranken. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1909, H. 5. (S. 177*.)
41. *Calligaris*, *G.* (Rom), La polarizzazione dell'anestesia isterica. Riforma medica, Ann. 25, Nr. 81.
42. *Cesbron*, *H.*, Histoire critique de l'hystérie. 340 S., 4 frcs. Paris 1909. Asselin et Honzeau.
43. *Chalewsky*, *F.* (Zürich), Heilung eines hysterischen Bellens durch



Psychanalyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. Neue Folge, 20. Bd., S. 305—307. (S. 175*.)

44. *Chkarine*, *Basedow*sche Krankheit bei Kindern. Presse méd. 9. I. 1909. S. 24.

45. *Clark*, *L. Pierce* (New York), Conscious epilepsie. Americ. journ. of insan., vol. 66, Nr. 2, p. 295.

46. *Chon*, *T.* (Berlin), Muskelatrophien. 73 S. 2 M. Leipzig 1910. Benno Konegen. (S. 181*.)

47. *Cornelius*, Nervenpunkte, ihre Entstehung, Bedeutung und Behandlung mittelst Nervenmassage. (II. Aufl. 52 S. 6 Abb.) Leipzig G. Thieme. 1909. (S. 182*.)

48. *Curschmann*, *H.* (Mainz), Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 977 S. Berlin 1909. Verlag von Julius Springer.

49. *Daiber*, Über Fälle von epileptischen Psychosen. Vortr. auf d. Vers. südwestdsch. Irrenärzte u. Neurol. in Heilbronn und Weinsberg. Novbr. 1909. Refer. Zentralbl. f. Nervenheilk. Jan. 1910. (S. 171*.)

50. *Dalmas*, *Louis*, Troubles psychiques dans le goître exophthalmique. Paris 1909. Th. Rousset. (S. 187*.)

51. *Damaye*, *H.* (Bailleul), Autopsie de deux cas de chorée chronique avec troubles mentaux à la période dementielle. Rev. de Psych. et Psychol. expérim. 1909, Nr. 11, S. 621. (S. 185*.)

52. *Damaye*, *H.* et *Desruelles*, *M.* (Bailleul). Peritonite pneumococcique à évolution latente chez une épileptique obnubilée. L'Écho médical du nord 1909, Nr. 10. (S. 170*.)

53. *Dexler*, *H.*, Klinische Untersuchungen über die sog. Chorea der Hunde. Deutsche tierärztl. Wschr. Nr. 22. (S. 184*.)

54. *Diller*, *Th.* and *Wright*, *G. J.* (Pittsburgh), The differential diagnosis between hysterical insanity and dementia praecox; with report of an illustrative case of hysterical insanity. Americ. of insan. vol. 66, Nr. 2, p. 253. (S. 178*.)

55. *Diller*, *Th.* and *Wright*, *J.* (Pittsburgh), A study of hysterical insanity with an especial consideration of Gansers symptomcomplex, report of eight cases. Journ. of nerv. and mental disease vol. 36, Nr. 1, p. 25.

56. *Döblin*, *A.*, (Buch-Berlin) Aufmerksamkeitsstörungen bei Hysterie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 45, H. 2, S. 464 bis 488.



57. *Donath, J.*, Der Wert des Chlorcalciums in der Behandlung der Epilepsie. Epilepsia S. 141. (S. 173*.)

58. *Dorner, J.* (Maria-Lindenhof), Die Bedeutung der salzlosen Brombehandlung für Anstalt und Praxis. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 38, S. 333.

59. *Dubois*, Pathogenese der neurasthenischen Zustände. 36 S., 1,50 M. (*Volkmanns* Sammlung klin. Vorträge Nr. 511/512.) Leipzig 1909. J. A. Barth. (S. 179*.)

60. *Dudley*, Ocular manifestations of hysteria. Southern California Practitioner. (S. 178*.)

61. *Erb, W.* (Heidelberg), Ist die von *Max Herz* beschriebene „Phrenocardie" eine scharf abzugrenzende Form der Herzneurosen? Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 22, S. 1113. (S. 180*.)

62. *Escherich*, Die Tetanie der Kinder. Wien u. Leipzig 1909. 268 S. A. Hölscher. (S. 186*.)

63. *Eschle*, Die Erziehung zur Arbeit und durch Arbeit als souveräner Mittel der psychischen Therapie. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 1, H. 1. (S. 183*.)

64. *Ewald, C. A.* (Berlin), Die Erkrankung der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus. II. Aufl., 293 S. 8,80 M. Wien 1909. K. Hölder.

65. Fortschritte in der medikamentösen und diätetischen Therapie der Epilepsie. Therapeut. Mtsh. H. 3.

66. *Ferenczi, S.*, Introjection u. Übertragung. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. Bd. 1. (S. 175*.)

67. *Flatau, G.* (Berlin), Erkrankungen der peripherischen Nerven. 82 S. 2 M. Leipzig 1910. Benno Konegen. (S. 181*.)

68. *Fleiner*, Verdauungsstörungen und Psychoneurosen. Münch. med. Wschr. Nr. 10. (S. 180*.)

69. *Flesch, J.* (Wien), Über den Wert von intraneuralen Alkoholinjektionen in der Behandlung von Trigeminusneuralgien. Mtschr. f. d. physikalisch-diätet. Heilmethoden. (Verl. J. Lehmann, München) Jahrg. 1, H. 7. (S. 183*.)

70. *Flesch, Johannes*, Zur Behandlung der Ischialgie mit *Lange*scher Kochsalzinjektion. Med. Klin. Nr. 1. (S. 183*.)

71. *Fletzmann*, Zur Frage der Psychoanlayse und Psychotherapie. Ssówremennja psychiatria 1909, Nr. 5—7. (Russisch.)



72. *Forel*, Le traitement de l'épilepsie. Rev. med. de la Suisse romande Nr. 1. (S. 172*.)
73. *Franke*, *Th.*, (Zuckmantel) Die physikalische Therapie der Chorea. Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie 1909, Bd. 12, H. 11 u. 12. (S. 185*.)
74. *Freud*, *Sigm.* (Wien), Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 206 S. 5 M. Leipzig u. Wien 1909. Franz Deutike.
75. *Freud*, *S.* (Wien), Allgemeines über den hysterischen Anfall. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. H. 1. (S. 177*.)
76. *Friedländer*, Hysterie und moderne Psychoanalyse. Ref. auf d. XVI. internat. med. Kongreß in Budapest. Sept. 1909. (S. 176*.)
77. *Friedrich*, *P. L.*, (Marburg) Über „kompensatorische" Vorgänge an der Hirnrinde. Gleichzeitig ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1909, Bd. 26, Ergänzungsheft, S. 129. (S. 173*.)
78. *Friedrich*, *P. L.*, Über die operative Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirns. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77, H. 3. (S. 173*.)
79. *Frisco*, Della impuntabilita dei neurastenici. Rivista italian. di Neuropathologia, Psichiatria ed electroterapia vol. II. (S. 182*.)
80. *Frotscher*, Chronische Bleivergiftung und Epilepsie. Ztschr. Medizinalbeamte 22. Jahrg., Nr. 9. (S. 169*.)
81. *Fuchs*, *Alfred*, Die Therapie bei Trigeminusneuralgie. Med. Klin. 1909.
82. *Fuerstenberg*, *A.* (Berlin), Die hydriatische Behandlung der Neurasthenie. Med. Klin. 1909, Nr. 24, S. 888. (S. 183*.)
83. *Galli Valerio* und *Rochar*, Über einen mit Antithyreoïdin *Möbius* behandelten Fall von Morbus Basedowii. Therap. Monatsh. Juli 1909.
84. *Gallus*, *K.* (Potsdam), Der Geisteszustand der Epileptischen. 1,50 M. Leipzig 1909. J. A. Barth. (S. 170*.)
85. *Glaserfeld*, Die Epithelkörperchen und ihre Beziehungen zur Pathogenese der Tetanie. Berl. klin. Wschr. Nr. 3. (S. 186*.)
86. *Gmelin* (Föhr), Zur Prophylaxe der Neurasthenie im Kindesalter. Ärztl. Rundschau 1909. Nr. 34.
87. *Goddes*, Report upon the examination of the body of an acromegalic subject. Edinburgh. med. journ. March. (S. 186*.)
88. *Guénot*, Epilepsie syphilitique secondaire. Gaz. des hôp. S. 823. (S. 169*.)
89. *Halbey*, *K.* (Uckermünde), Die Behandlung der Epilepsie mit

Bromglidine. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg. 1909. Nr. 35, S. 305.
90. *Hamaker* u. *de Vries Reilingh*, Polydipsia hysterica. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 22.
91. *Hamilton*, Einfluß körperlicher Krankheiten auf Epilepise. Journ. of amer. Assoc. 4, XII, 1909.
92. *Hartenberg*, *P.*, Les perversités du caractére chez les hystériques. Journ. de psychol. normale et pathol. Nr. 5, p. 385.
93. *Hartenberg*, *P.*, L'auto-suggestion chez les neurasténiques. Revue de méd. 10, III. 1909.
94. *Hattie*, *W. H.* (Halifax), Huntingtons Chorea. Americ. journ. of insan. 1909. vol. 66, Nr. 1, p. 123.
95. *Hauber*, *Fr.* (St. Amarin), Migräne und Schmerzdämmerzustände. Inaug.-Diss. Berlin 1909.
96. *Hecker*, *J.* (Düsseldorf), Über trophische Störungen bei Epilepsie. Inaug.-Diss. Würzburg 1909. (S. 170*.)
97. *Hermann* (Merzig), Symmetrische Apoplexie der Ammonshorngegend bei Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1909. Nr. 7, S. 338 bis 341. (S. 168*.)
98. *Herz*, *Max*, Die sexuelle psychogene Herzneurose (Phrenokardie). 63 S. 1,20 M. Wien u. Leipzig 1909. Wilhelm Braumüller. (S. 181.*)
99. *Hesnard*, *A.*, Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. (Etude de psychologie clinique.) 292 p. 6 frcs. Paris 1909. Alcan éd.
100. *Hirschfeld*, *H.*, (Berlin) Beiträge zur Kenntnis der Fazialislähmung. Berl. klin. Wschr. 1909, Nr. 23, S. 1071.
101. *Homuth*, *Otto* (Berlin), Beitrag zur Geschichte und Statistik der *Sydenham*schen Chorea. Wien. klin. Rundschau Nr. 32, S. 497. (S. 184*.)
102. *Hudoverning*, Hysterie und Hemiplegie. Neurol. Zentralbl. S. 390.
103. *Jacquet*, L. et *Jourdanet*, Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. Rev. de méd. 1909, Nr. 4, p. 271—292. (S. 182*.)
104. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen herausgegeben von Bleuler und Freud, redigiert von Jung. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Bd. I. 1909.
105. *Janet*, *P.*, „Les Nevroses." Bibliothèque de philos. scientifique. Flammarion. Paris 1909. (S. 178.*)



106. *Jendrassik, E.* (Budapest), Über den Neurastheniebegriff. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 37, S. 1604.

107. *Juliusburger*, Bemerkungen zur Psychologie der Zwangszustände und Verwandtenehe. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Nr. 298, S. 830.

108. *Kellner*, (Hamburg) Zur Behandlung der Epilepsie. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 25, S. 1091—1093.

109. *Klien, H.* (Leipzig), Der Begriff der Hysterie im Lichte der jüngsten Arbeiten. (Sammelreferat). Ztschr. f. Psychother. u. med. Psych. Bd. I, H. 1, S. 42—59. (S. 176*.)

110. *Kölpin*, Zur pathologischen Anatomie der *Huntington*schen Chorea. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. XII, S. 57. (S. 185.*)

111. *Köster*, Die Behandlung der Chorea. Deutsche med. Wschr .Nr. 1. (S. 185*.)

112. *Köster, Wilhelm*, Zur Kasuistik der männlichen Hysterie. Inaug.-Diss. Kiel 1909.

113. *Kostić, M.* (Sarajevo), Zwei operativ behandelte Fälle von *Jackson*scher Epilepsie. Wien. klin. Rundschau 1909, Nr. 13, S. 193—195.

114. *Krafft-Ebing, R. v.*, Über gesunde und kranke Nerven. 6. Aufl. 176 S. 2 M. Tübingen 1909. H. Laupp.

115. *Krause, F.* (Berlin), Die operative Behandlung der Epilepsie. Med. Klin. 1909, Nr. 38, S. 1418. (S. 174*.)

116. *Kronthal, P.* (Berlin), Das Nervensystem und die Erkältung als ätiologisches Moment. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26, 1909, H. 6, S. 525. (S. 180*.)

117. *Kurbow, M. G.*, Über Veränderungen im Blute bei der *Basedow*schen Krankheit. Wratschebnaga Gazeta. Ärztl. Ztg. 1909, Nr. 13. (Russisch.) (S. 187*.)

118. *Kutschera, A. v.*, Das Größenwachstum bei Schilddrüsenbehandlung des endemischen Kretinismus. Wien. klin. Wschr. 1909, Nr. 22.

119. *Kutschera*, Zur Epidemiologie des Kretinismus. „Das österreich. Sanitätswesen", Nr. 41. (S. 186*.)

120. *Kyri, Joh.* (Wien), Über Störungen im Sympathikus und deren Beziehungen zu den Psychoneurosen. Med. Klin. Nr. 42/44, S. 1586. (S. 182.*)

121. *Laignel-Lavastine*, Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroïdiens. Rev. de méd. 1909, Nr. 4, p. 315—323.



122. *Lallement*, *E.* et *Rodiet*, *A.*, Des modifications de la tension artérielle chez les épileptiques. L'Encéphale 1909, 4. ann., Nr. 11.
123. *Lallement*, *E.* et *Rodiet*, *A.*, (Saint Yon) Effets du régime végétarien sur les urines des épileptiques. Annales méd.-psychol. 67. année, Nr. 2, S. 211. (S. 173*.)
124. *Landström*, *J.* (Stockholm), Neuere Anschauungen über die *Basedow*sche Krankheit. Med. Klin. 1909, Nr. 16, S. 590.
125. *Lavrand*, Salizyltherapie der *Basedow*schen Krankheit. Presse méd. 13. II. 1909, S. 120.
126. *Lenaz*, *L.*, Sulla fisiologia patologica dei movimenti coreici. Riv. sper. di Freniatria 1909, vol. XXXV, p. 94—120.
127. *Levi*, *Eltore*, Il morbo di *Erb-Goldflam* é un affezione puramente musculare? Riv. critica di clinica med. Nr. 11—12. (S. 181*.)
128. *Levinstein*, *Oswald* (Berlin), Beitrag zur nasalen Epilepsie. Arch. f. Laryngol. u. Rhinologie Bd. 22, H. 1. (S. 169*.)
129. *Lewandowsky*, Zur Entwicklung der neurologischen Therapie. Therap. Monatsh. 5/6. (S. 183*.)
130. *Liebers*, *Max* (Dösen), Choreatische Bewegungsstörungen bei Neurosen und Psychosen und Chorea chronica. Fortsch. d. Med. Nr. 26. (S. 184*.)
131. *Litteljohn*, „Epilepsiebehandlung". Lancet Nr. 4472.
132. *Long*, *E.* (Genéve), Le traitement prolongé de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloration alimentaire. (Methode de *Richet* et *Toulouse*.) Rev. de méd. 1909, Nr. 10.
133. *Long* und *Wiki*, Über prolongierte Behandlung der Epilepsie mit Brompräparaten und Kochsalzentziehung. Rev. de Méd. Nr. 10. (Nach einem Referat in der klin. Wschr. Nr. 46.)
134. *Lähr*, Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66.
135. *Macalister*, *Ch. J.*, Blutbefunde bei Chorea und Rheumatismus. Brit. med. Journ. 1909, 28. Aug. Ref. Neurol. Zentralbl. S. 1225. (S. 184*.)
136. *Maeder*, *A.* (Zürich), „Sexualität und Epilepsie". Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathol. Forschungen 1909, I. Bd., I. Hälfte, S. 119—154. S. (171*.)
137. *Mairet*, *A.* et *Salager*, *E.* (Montpellier), La folie hystérique. Montpellier 1910, Coulet et fils. (S. 178*.)





138. *Major*, *Gustav* (Zirndorf-Nürnberg), Gesetzesübertretung Jugendlicher und geistige Minderwertigkeit. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychologie 1909, Bd. I, H. 6, S. 336.

139. *Marchand*, L. (Blois), Etat de mal épileptiforme. Confusion mentale et amnésie rétro-antérograde consécutifs à une tentative de pendaison. Journ. de Neurol. 1909, Nr. 7, (Belgien) S. 121. (S. 169*.)

140. *Marchand*, *L. et Petit*, *G.* (Blois), De l'epilepsie chez les déments séniles. Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale 13° année tome XIII, 1909 Nr. 2. p. 61—73. (S. 169*.)

141. *Marinesco*, *G.*, Sur l'aphasie hystérique. La Semaine Méd. 1909, no. 26, p. 301.

142. *Mayr*, *E.* (Graz), Serumtherapie der Chorea minor. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 23. (S. 185*.)

143. *Meyer*, *S.* (Danzig), Was charakterisiert die Hysterie? Med. Klin. 1909, Nr. 39. S. 1471. (S. 177*.).

144. *Mermingas*, Die chirurgische Behandlung der Epilepisie. Neurol. Zentralbl. S. 378. (S. 174*.)

145. *Michailow*, *W. N.*, Blutuntersuchungen bei der Basedowschen Krankheit. Pratischeski Wratsch 1909. Nr. 41. (Russisch.)

146. *Miller*, Latente Chorea. Lancet 18. Dezbr. 1909. (S. 186*.)

147. *Mills*, *Ch. K.* (Philad.), Hysteria, what it is and what it not is. Americ. journ. of insan., vol. 66, nr. 2, p. 231. (S. 178*.)

148. *Mills*, The differential diagnosis of grave hysteria and organic disease of the brain and spinal cord, especially disease of the parietal lobe. Journ. of nerv. and ment. disease. July.

149. *Mitchel*, *S. K.*, Self help for nervous women. Philadelphia 1909, J. B. Lipincott-Compagny.

150. *Modena*, Psicopatologia et etiologia dei fenomeni psiconeurotici. Rivist. speriment. di fren. vol. 35. (S. 181*.)

151. *Moll*, *Albert*, Ztschr. f. Psychother. u. mediz. Psychol. Bd. I, H. 1. Stuttgart, Ferdinand Euhe, 1909. (S. 176*.)

152. *Moszkowicz* Implantation von Thyreoidea in die Tibia. Neurol. Zentralbl. S. 953. (S. 187*.)

153. *Möbius*, *P. J.*, Die Basedowsche Krankheit. II. Aufl. Spez. Pathol. u. Ther. herausgeg. von H. Nothnagel, Bd. 22. 10 M.



154. *Müller de la Fuenta, H.* (Schlangenbad), Pseudoparalysis agitans (hysterica). Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 23, S. 1008.

155. *Murray, G. M.*, Die Zeichen frühzeitiger Schilddrüsenerkrankung. Brit. med. Journ. 13. Febr. 1909.

156. *Muskens, L. J. J.* (Amsterdam), Prodromal motor sensory and other symptoms and their clinical significance. Epilepsia S. 61. (S. 170*.)

157. *Nathan, Marcel*, Un cas de psychose choréïque. Bull. de la Soc. de ped. de Paris 1909, p. 188.

158. *Neufeld*, Zur Bekämpfung der Neurasthenie. Ärztl. Zentralztg. Nr. 48.

159. *Nolda, A.* (St. Moritz), Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Halle a. S. 1909, Carl Marhold.

160. *Oeconomakis, M.* (Athen), Zur Frage der Hysterie. Hysterie und Spondylitis, hysterische Ischurie, Simulation. Neurol. Zentralbl. Nr. 15, S. 790. (S. 177*.)

161. *Ohlmacher*, Behandlung der Epilepsie mit Kalziumsalzen. Journ. of Americ. Assoc. 14. Aug. 1909.

162. *Oppenheim, G.*, Zur Psychopathologie der russisch-jüdischen Bevölkerung. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. XIII.

163. *v. Orzechowski*, Pathologische Anatomie und Pathogenese der Chorea minor. Obersteiners Arbeiten XVI. (S. 185*.)

164. *v. Orzechowski*, Über Tetanie mit myotonischen Symptomen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29. (S. 186*.)

165. *Packard, Fr. H.* (Waverley, Mass.), An analysis of psychoses associated with Graves' disease. Americ. journ. of insan. nr. 2, p. 189.

166. *Pelnár, J.* (Prag), Trügerische Hysteriesymptome. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 15—17. (S. 177*.)

167. *Pewnitzky*, Über die Behandlung der Zwangszustände nach der psychoanalytischen Methode von Breuer-Freud. Obosrenje psych. 1909, Nr. 4. (Russisch.) (S. 182*.)

168. *Piazza, A.*, Raynaudsche u. Basedowsche Krankheit. Il Policlinico no. 5 und Morbo di Raynaud e malattia di Basedow. Il Policlinico vol. XV. (S. 186*.)

169. *Pick*, Zur Kenntnis der Neurosen des Verdauungstraktes. Med. Klin. Nr. 40. (S. 180*.)






170. *Pineles*, *F.* (Wien), Tetanie und Epilepsie. Wien. klin. Rdsch. Nr. 47, S. 760, und: Zur Behandlung der Tetanie mit Epithelkörperchenpräparaten. Obersteiners Arbeiten Bd. XV. (S. 187*.)

171. *Plönies*, Gesteigerte Reflexerregbarkeit und Nervosität in ihren ätiologischen Beziehungen zu den funktionellen Störungen und Reizerscheinungen der Magenläsionen mit Berücksichtigung des Einflusses der Anämie und Unterernährung. Arch. f. Psych. Bd. XLV. (S. 180*.)

172. *Poncelet*, *F.*, Über Huntingtonsche Chorea. Inaug.-Diss. Bonn, Febr. 1909. (S. 184*.)

173. *Pototzky*, *C.* (Tegel b. Berlin), Die Verwertbarkeit des Assoziationsversuchs für die Beurteilung der traumatischen Neurosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 6, S. 521. (S. 180*)

174. *Raecke*, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Huntingtonschen Chorea chronica progressiva hereditaria. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 2. (S. 185*.)

175. *Raimann* u. *Fuchs*, Ein ungewöhnlicher Fall von hysterischer Beinlähmung. Wien. klin. Wschr. Nr. 49. (S. 177*)

176. *Raymond* et *Sérieux*, La responsabilité et la condition sociale des épileptiques. Epilepsia H. 1. (S. 174*.)

177. *Raymond* et *Sérieux*, La responsabilité et la condition sociale des épileptiques. Epilepsia Bd. 1, H. 1.

178. *Redlich*, *E.*, u. *Schüller*, *A.* (Wien), Röntgenuntersuchungen des Schädels bei Epileptikern. Wien. med. Wschr. Nr. 50.

179. *Redlich*, *E.*, u. *Schüller*, *A.* (Wien), Über Röntgenbefunde am Schädel von Epileptikern. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen 1909, XIV, 4. (S. 168*.)

180. *Redlich*, *E.* (Wien), Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 36, H. 3 u. 4. (S. 169*.)

181. *Redlich*, *Emil*, Bemerkungen zur Alkoholepilepsie. Epilepsie H. 1, S. 41. (S. 169*.)

182. *Renner*, *O.* (Augsburg), Über vorübergehende Hemiplegien bei Migräne. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 21, S. 925. (S. 183*.)

183. *Rénon*, *Delille* et *Monier-Vinart*, Gigantisme avec tumeur de l'hypophyse et par insuffisance thyréo ovarienne. La pédiatrie patrique, — Janvier, Février. (S. 186*.)



184. *Riedel*, *Gustavo* (Rio), Das funcçoes gastro-intestinaes nos epilepticos. Arch. Brasil. de psych., neurol. e med. legal., ann. 5, no. 1—2, p. 107.

185. *Rittershaus*, *Ernst* (Hamburg), Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1, S. 1. (S. 171*.)

186. *Rodiet*, *A.* (Dun-sur-Auron), De l'action du régime végétarien sur le caractère et le tempérament des épileptiques. Journ. de neurol. 1909, no. 12, p. 221. (S. 173*.)

187. *Rodiet*, *A.* (Dun-sur-Auron), Des rapports de la migraine et de l'épilepsie. Gaz. des hôp., année 82, no. 51, p. 637. (S. 182*.)

188. *Rodiet*, Les causes d'épuisement nerveaux et d'amaigrissement chez les épileptiques. Le Progrès méd. 1909, no. 34.

189. *Rodiet*, *A.*, *Pansier*, *P.*, et *Cans*, *F.*, Les yeux pendant l'attaque d'épilepsie. Journ. de Neurol. 1909, 14e an., no. 3—4.

190. *Roemer*, *H.* (Illenau), Klinischer Beitrag zur Lehre von der Dipsomanie und der psychischen Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. 1909, Bd. IV, H. 4. (S. 171*).

191. *Roemer*, *H.* (Illenau), Beitrag zur Lehre von der epileptischen Verstimmung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1909, Bd. 26, Ergänzungsh. S. 237. (S. 171*.)

192. *Roger*, *H.*, Des réflexes cutanés et tendineux dans l'hysterie. Gaz. des hôp. 1909, no. 3.

193. *Rogers* u. *Beebe*, Serotherapie der Basedowschen Krankheit. Journ. of Americ. Assoc. 1909, 17. Juli.

194. *Rohde*, *E.* (München), Stoffwechseluntersuchungen an Epileptikern. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 95, H. 1 u. 2.

195. *v. Romberg* u. *A. Hoffmann*, Die Lehre von den Herzneurosen. Ref. auf d. Jahresvers. deutscher Nervenärzte. Neurol. Zentralbl. S. 1033. (S. 181*.)

196. *Rosanoff*, *A. J.* (Kings Park N. J.), The diet in epilepsy. The journ. of nerv. and ment. disease 1909, nr. 12, p. 716. (S. 173*.)

197. *Rosenberg*, *J.* (Berlin), Zur Diätetik der Epilepsie nebst Verhaltungsmaßregeln für Epileptiker. Deutsche med. Presse 1909. Nr. 15. (S. 173*.)

198. *Rosenberg*, *J.* (Berlin), Fachkundige Äußerungen über die Wirkung des Epileptol nebst kritischen Bemerkungen. Ärztl. Zentral-Anz. 1909, Nr. 25.





199. *Rosenhauer*, *P.*, Über Syphilis der Schilddrüse. Inaug.-Diss Leipzig, März 1909.

200. *Runge*, *W.* (Kiel), Chorea minor mit Psychose. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. 1909, Bd. 46, H. 2, S. 667. (S. 185*.)

201. *Sachs*, *Heinr.*, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. Breslau, Preuß u. Jünger. 122 S. 3 M.

202. *Sacki*, *S.* (München), Unfall und Nervenkrankheiten. Zur Diagnose, Pathogense u. Therapie der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1909, Nr. 13, S. 260. (S. 180*.)

203. *Sadger*, *J.* (Wien-Gräfenberg), Ein Fall von Pseudoepilepsia hysterica psychoanalytisch erklärt. Wien. klin. Rdsch. 1909, Nr. 14, S. 212—214.

204. *Sainton* (Paris), Les chorées chroniques. Ref. Neurol. Zentralbl. S. 1314. (S. 184*.)

205. *Salzer*, *F.* (München), Über Erwartungsneurosen auf okularem Gebiet (psychische Asthenopie). Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 33, S. 1687. (S. 180*.)

206. *Sarbó,* Basedow oder Mittelhirntumor. Neurol. Zentralbl. S. 389.

207. *Savill*, *Th. D.*, Über senile Epilepsie und zuerst im vorgerückten Alter auftretende Schwindelanfälle. Lancet 17. Juli 1909.

208. *Shanahan*, Epilepsie. Journ. of Americ. Assoc. 1909, nr. 21.

209. *Siemerling*, *E.* (Kiel), Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. Berl. klin. Wschr. Nr. 1, S. 1, 1909.

210. *Soca* (Montevideo), Über das hysterische Fieber. Ref. Neurol. Zentralbl. S. 335. (S. 178*.)

211. *Sollier*, *P.* (Boulogne-sur-Seine), Le soi-disant démembrement de l'hystérie. Journ. de neurol. no. 9, p. 161. (S. 177*.)

212. *Soukhanoff*, *Serg.* (Petersburg), Sur la cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la neurasthénie. Ann. méd.-psychol. année 67, Juli-Aug., p. 27. (S. 179*.)

213. *Schabad*, *T. O.* (Wilna), Chronische Chorea nach Migräne. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 22, S. 972. (S. 184*.)

214. *Schlesinger*, Zur kritischen Symptomatologie der Unfallneurosen. Deutsche med. Wschr. Nr. 19. (S. 180*.)

215. *Schüller*, *A.* (Wien), Über genuine und symptomatische Migräne. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 17. (S. 182*.)

216. *Schulze*, *E.* (Greifswald), Traumatische Hysterie bei Epilepsie. Med. Klin. 1909, Nr. 44—45.



217. *Schuyder*, Considerations sur la nature de l'hystérie. Rev. med. de la Suisse Romande 20. April. Ref. Zentrabl. f. Nervenheilk. S. 649.

218. *Spiller* and *Martin*, Epilepsia particulis continua occuring in cerebral syphilis. Journ. of Americ. med. Assoc. 4. Febr. nr. 24. Ref. Neurol. Zentralbl. S. 1277. (S. 169*.)

219. *Stern*, *Richard* (Wien), Zur Prognose der Epilepsie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30, H. 1, S. 1.

220. *Stern*, *R.* (Wien), Differentialdiagnose und Verlauf des morbus Basedowii und seiner unvollkommenen Formen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, H. 2 u. 3, S. 179—273.

221. *Stern*, *R.* (Wien), Eine statische Theorie der Epilepsie. Wien. klin. Rdsch. Nr. 4, S. 49.

222. *Stevenson*, *B. A.*, and *Purdum*, *H. D.*, Hereditary Chorea (Huntington's), Americ. journ. of insan. 1909, vol. 66, nr. 1, p. 129. (S. 185*.)

223. *Stierlin*, Psychoneuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières am 10. März 1906. Berlin, S. Karger. 1909. 188 S. (S. 179*.)

224. *Storck*, *H.*, Der Intelligenzdefekt bei Dementia epileptica. Inaug.-Diss. Berlin. Juli 1909.

225. *Strauß*, Die Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren. Festschr. f. die *Edel*sche Heilanst. Berlin, A. Hirschwald, vgl. d. Ref. im Literaturber. f. 1908.

226. *Stulz*, *Otto*, „Nervös“ Moderne Gesichtspunkte für die Behandlung der sog. Nervosität. Berlin, Herm. Walther. 29 S. 1,20 M.

227. *Suchanow*, *S.*, Über pathologische Charaktere und ihre Äußerungen in der Kindheit und in der Jugend. Medizinskoje Obosrenje 1909, S. 425 (Russisch). (S. 179*.)

228. *Tamburini*, Il delirio paranoico nell' epilessia. Riv. sperim. di freniatr. (S. 171*.)

229. *Tamburini*, *A.*, Sulla terapia del morbo Basedow. Atti della Società medico-chirurgica Anconitana, Nr. 1—2. (S. 187*.)

230. *Thomayer*, Hysterische Symptome bei organischen Nervenerkrankungen. Casop. Cék. cesk. Nr. 47.

231. *Tillmann*, *Max*, Zur Symptomatologie der Hysteria virilis. Inaug.-Diss. Kiel 1909.

232. *Tintemann* (Göttingen), Harnsäure und epileptischer Anfall. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXIV, H. 6.





233. *Tintemann*, *W.* (Göttingen), Zur Stoffwechselpathologie der Epilepsie. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1472. (S. 170*.)
234. *Trevisanello* (Genua), Heilung eines schweren Falles von Epilepsie durch Organtherapie. Gazetta degli osped. 1909, Nr. 110.
235. *Uhlich*, *P.* (Chemnitz), Zwei seltenere Nervenerkrankungen. Ztschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 6, H. 3.
236. *Velden*, *von den* (Düsseldoorf), Beobachtungen an Epileptikern. (Ein Beitrag zur Bedeutung des Chlornatriums für gewisse Formen der Epilepsie.) Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 38, H. 1 u. 2. (S. 172*.)
237. *Vidoni*, Epilessia psichica e motoria multipla. Riv. ital. di neuropatol. Bd. II, H. 7. (S. 169*.)
238. *Viedenz*, *F.* (Eberswalde), Über Geistesstörungen bei Chorea. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1, S. 171. (S. 185*.)
239. *Vinaj*, *G. S.*, L'igiene del nevrastenico. Milano 1909. Società Edit. Libraria.
240. *Viviani*, *Ugo* (Arezzo), Sulla cura dello „stato di male" epilettico col bromuro di potassio per via ipodermica. Il Cesalpino, Juni 1909.
241. *Vogt*, *H.* (Frankfurt a./Main), Die Epilepsie im Kindesalter. 225 S. 5 M. Berlin 1910. S. Karger. (S. 168*.)
242. *Voss*, *Georg* (Greifswald), Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie nach Beobachtungen aus dem Nordwesten Rußlands. 300 S. 6 M. Jena 1909. Verlag von Gustav Fischer. (S. 178*.)
243. *Wahl* (Auxerre), Les traitements modernes des épileptiques. Ann. méd.-psychol. no. 1, p. 16 (1909 Jan.). (S. 172*.)
244. *Walton*, *G. L.*, Distinction between the psychoneuroses not always necessary. Boston med. and surg. journ. Nr. 14, p. 471.
245. *Warda*, Über die Krankenpflege der Hysterischen. Deutsche Krankenpflegeztg. 1908, Nr. 8.
246. *Warnek*, *K.* (Bielefeld), Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstehenden Neurosen. 19 S. Inaug.-Diss. Kiel 1909. (S. 180*.)
247. *Weill*, *E.*, und *Mouriquand*, *G.* (Lyon), Ichthyosis und Schilddrüse. Presse médicale, Nr. 14.
248. *Westerburg*, *W.*, Über die psychischen Störungen bei Eklampsie. 25 S. Inaug.-Diss. Kiel 1909.
249. *Westphal*, *A.*, Über einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler) Muskelatrophie, mit manisch-depressivem Irre-



sein und sog. Maladie des tics convulsifs einhergehend. Arch. f. Psych. Bd. 45, H. 3, S. 980.

250. *Wichmann*, *Ralf*, Lebensregeln für Neurastheniker. 6 Aufl. Berlin, O. Salle. 72 S. 1 M.

251. *Wiersma*, *E.*, Die Psychologie der Epilepsie. Tijdschr. voor Geneesk. 1909, II, S. 86.

252. *Williams*, *Tom A.* (Washington), Requisites for the treatment of the psycho-neuroses: psychopathological ignorance, and the misuse of psychotherapy by the novice. (S. 183*.)

253. *Williams*, *Tom A.* (Washington), The traumatic neurosis and Babinskis conception of hysteria. The Medical Record, Octob. 2, 1909. (S. 177*.)

254. *Williams*, *Tom A.* (Washington), A case of traumatic neurosis, illustrating successful psychotherapy. The internat. journ. of surgery, July 1909. (S. 183*.)

255. *Williams*, *Tom A.* (Washington), The positive differentiation of hysteria and psychasthenia-essential characters. New Orleans medical and surgical 1909, vol. 61, June.

256. *Williams*, *A.*, The differential diagnosis between neurasthenia and some affections of the nervous system for which it is often mistaken. Arch. of diag. New York 1909, Januar.

257. *Williams*, *T. A.*, Über das Wesen der Hysterie. Internat. Clin., Phila., vol. III.

258. *Wimmer*, Über Astasie-Abasie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 35.

259. *Windscheid*, *Franz*, Diagnose u. Therapie des Kopfschmerzes. 2. Aufl., 68 S. Halle, C. Marhold, 1909. (S. 182*.)

260. *Windscheid*, Epilepsie als Unfallfolge anerkannt. Med. Klin. Nr. 40.

261. *Wolf*, *E.*, Meine Basedowsche Erkrankung. Inaug.-Diss. München 1909.

262. *v. Wyss*, *H.*, und *Ulrich*, *A.* (Zürich), Die Bromtherapie der Epilepsie auf experimenteller Grundlage. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1, S. 197. (S. 172*.)

263. *Wyss* und *Ulrich*, Die Bromtherapie der Epilepsie auf experimenteller Grundlage. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1. (S. 172*.)

264. *Yanase*, Über Epithelkörperbefunde bei galvanischer Übererregbarkeit der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. Bl. 67. (S. 186*.)





265. *Zingerle*, Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der lobären atrophischen Hirnsklerose. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 36. (S. 169*.)

266. *Zuzak, H.*, Serotherapeutische Versuche bei Epilepsie. Wien. med. Wschr. 1909, Nr. 10. (S. 172*.)

## A. Epilepsie.

*Bouché* (35) gibt in einem größeren Buch eine zusammenfassende Darstellung der Epilepsie, ohne wesentlich Neues zu bringen. In dem umfangreichen Werke sucht man einzelne bestimmte Angaben vergebens, z. B. genauere Notizen über das Verhalten der Pupillen, auch die Äquivalente und die psychischen Daueränderungen der Epilepsie sind sehr summarisch abgehandelt, dagegen anderes allzu ausführlich wiedergegeben, wie die vor einigen Jahren erschienene Arbeit von *Ohlmacher*, der eigentlich gar nichts Neues gebracht hat. Das Buch ist als Spezialwerk zu summarisch und für den Praktiker, der sich nur informieren will, zu umfangreich. Eigene Gesichtspunkte vermißt man fast gänzlich.

*H. Vogt* (241) gibt eine zusammenfassende Darstellung der Epilepsie im Kindesalter. Es wird Ätiologie und Symptomatologie besprochen, dabei geht *Vogt* besonders auf die Abgrenzung der genuinen von den organischen Epilepsien ein und betont, daß in sehr vielen Fällen die genaue klinische oder anatomische Analyse noch organische Ursachen auffinden kann. Neben der rein ärztlichen Therapie wird auch die forensische und soziale Fürsorge besonders ausführlich besprochen.

*Redlich* (181) verbreitet sich über Definition und Wesen der verschiedenen Epilepsieformen, stellt die Ansichten darüber zusammen und zeigt, daß fließende Übergänge zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie sowohl klinisch als anatomisch bestehen. Für ihn ist der epileptische Anfall eine Reaktionsweise des Gehirns, die durch verschiedene Schädlichkeiten ausgelöst wird. Durch andere — prädisponierende — Momente wird die epileptische Reaktionsfähigkeit erhöht, und zwar vorübergehend oder dauernd. Bei Entstehung der chronischen Epilepsie wirkt mit, daß jeder epileptische Anfall eine weitere Steigerung der epileptischen Reaktionsfähigkeit bedingt.

*Binswanger* (30) weist in einer programmatischen Abhandlung darauf hin, daß die Epilepsieforschung auf experimentellem Gebiet noch die topographische Lokalisation und Auslösung der Krämpfe, auf klinischem die Differentialdiagnose der Krämpfe, auf pathologisch-anatomischem Gebiet den weiteren Ausbau der Befunde von *Alzheimer* zu leisten habe.

Von anatomischen Befunden bei Epilepsie berichtet *Hermann* (97) über Blutungen in der Gegend des Ammonshorns bei einem 38 jährigen Manne, der seit dem 23. Lebensjahre Epilepsie hatte und an Bauchfelltuberkulose starb. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Trotzdem meint Verfasser, daß hier die Gefäße des Ammonshorns einen Locus minoris resistentiae darstellen und die Beziehungen dieses Organs zur Epilepsie dadurch beleuchtet werden.



*Redlich* (180) macht darauf aufmerksam, daß man mittels Röntgenuntersuchung des Schädels bei Epileptikern Knochendefekte feststellen und ermitteln kann, wie weit Schädelassymmetrien auf Deformierungen und Erkrankungen des Gehirns beruhen, ebenso lassen sich durch Röntgenuntersuchung vielleicht enzephalitische Herde, Tumoren feststellen.

*Zingerle* (265) beobachtete unter seinen Fällen atrophischer Hirnsklerose auch Epilepsie; dabei fand sich herdförmige Sklerose, diffuse Rindenerkrankung und eine Entwicklungsstörung der grauen Substanz.

*Vidoni* (237) beobachtete bei multipler Sklerose, die seit 1¼ Jahren bestand; Dämmerzustände und Krämpfe.

*Marchand* und *Petit* (140) beschreiben 2 Fälle von Epilepsie bei senil Dementen. Anatomisch fand sich ausgedehnte Rindensklerose mit Schwund der Tangentialfasern und herdförmige, mit Gefäßatherom im Zusammenhang stehende Sklerose. Die Verfasser glauben, daß die senile Rindenatrophie hauptsächlich in den mehr akut verlaufenden Prozessen mit Epilepsie verläuft. Die senile Demenz geht häufig den epileptischen Attacken voraus. Die Anfälle sind selten von Absenzen gefolgt. Das Auftreten arteriosklerotischer Veränderungen ist nicht absolut erforderlich zum Zustandekommen der senilen Epilepsie; diese tritt auch auf bei diffuser, sklerotischer Rindenatrophie.

*Redlich* (182) erläutert an der Hand einzelner Fälle die verschiedenartigen Formen der Alkoholepilepsie. Der Alkohol kann bei epileptisch disponierten Individuen auslösend wirken. In anderen Fällen erscheint der epileptische Anfall auf der Höhe der chronischen Intoxikation, oft unterstützt durch interkurrente Ereignisse, z. B. Trauma. Endlich gibt es Fälle, zu denen die epileptische Attacke erst nach dem Aussetzen des Alkohols erscheint, also dieselbe Bedeutung wie das Abstinenzdelirium hat. Diese letzteren Fälle weisen darauf hin, daß hier eine indirekte Alkoholwirkung, vielleicht vermittelt durch eine Stoffwechselstörung, vorliegt.

*Frotscher* (80) berichtet über 4 Fälle von typischer Epilepsie nach chronischer Bleivergiftung.

Über *Jakson*sche Epilepsie bei zerebraler Syphilis berichten *Spiller* und *Martin* (218); sie wurde durch operative Entfernung eines Gummas geheilt, nachdem Jod und Quecksilber erfolglos geblieben waren.

In dem Falle von *Guênot* (88) handelt es sich um symptomatische Epilepsie, aufgetreten im Sekundärstadium einer vor 3 Monaten akquirierten Syphilis; die Anfälle bleiben nach Schmierkur aus.

*Levinstein* (128) reiht den Fällen, bei denen bestehende Epilepsie durch Operation eines Nasenleidens geheilt wurde, einen Fall an, bei dem während der Operation eines Nasenpolypens ein echter epileptischer Anfall auftrat. Der Patient hatte in der Jugend Krämpfe gehabt und war ein nervöser, leicht erregbarer Mensch.

*Marchand* (139) beobachtete bei einem 46 jährigen, an Melancholie erkrankten Manne nach einem mißglückten Erhängungsversuch erst völlige Bewußtlosigkeit, dann einen 1¼ Stunden dauernden Status von allgemeinen, in tonischen und klonischen Phasen verlaufenden Krämpfen mit Pupillenstarre und Temperatursteigerung, dann einen etwa 10 Tage dauernden Zustand von Verwirrtheit, motorischer Erregung





und weitgehenden Erinnerungsdefekten, die der Kranke durch Konfabulationen auszufüllen suchte.

Zur Stoffwechselpathologie der Epilepsie bringt *Tintemann* (233, 234) zwei Arbeiten. Bei einem Kranken mit Diabetes und Epilepsie fand sich Harnsäurevermehrung, am stärksten vor dem Anfall.

Bei einem andern Epileptiker fand sich eine Stickstoffretention während der anfallfreien Zeit und mit dem Anfall steigende Stickstoffausscheidung, die nachher wieder langsam abnimmt. Auch hier trat — ohne Diabetes — Harnsäurevermehrung vor dem Anfall auf.

Zur Symptomatologie beschreibt *Bornstein* (33) als paroxysmale Lähmung einen der Epilepsie verwandten Zustand, bei dem er annimmt, daß durch eine periodisch einsetzende Giftwirkung in gleicher Weise die Vorderhörner des Rückenmarks geschädigt werden, wie bei der Epilepsie die Großhirnrinde.

*Hecker* (96) berichtet in seiner Dissertation aus der Würzburger Klinik von einem 28 jährigen Epileptiker, der an punktförmigen Hautblutungen, zeitweise auftretenden Ödem des Unterschenkels litt und eine Spontangangrän am Fuße bekam. Eine Erklärung für diese trophischen Störungen wird nicht versucht.

*Damaye* und *Desinelles* (52) beobachten einen schweren Verwirrungszustand bei einer 31 jährigen Epileptikerin, der in wenigen Tagen nach drei Anfällen zum Tode führt. Die Sektion ergibt eine purulente Pneumokokkenperitonitis und chronische Hirnveränderungen. Die latent verlaufende Peritonitis, deren Ätiologie nicht weiter aufgeklärt wird, hat den epileptischen Verwirrungszustand noch verstärkt.

*Muskens* (156) hebt die Bedeutung der dem großen Anfall vorhergehenden motorischen und sensiblen Prodromalerscheinungen hervor, die sich nach seinen Beobachtungen in 80% aller Fälle Fälle finden. Sie sind namentlich zur prophylaktischen Behandlung der Anfälle wichtig.

Von den psychischen Störungen der Epilepsie finden die meiste Bearbeitung die Fugueszustände.

*Benon* und *Froissart* (19) geben eine umfassende Darstellung, die nach Aufzählung der Literatur diese Zustände definiert und dann eine Gliederung versucht in Fugues bei Dämmerzuständen (Etats second), bei degenerativen (impulsive Handlungen), bei akuten und chronischen halluzinatorischen oder Verwirrungs-Zuständen, bei manischer Erkrankung, bei Dementia praecox, paralytischer und seniler Demenz, bei Kindern und bei Soldaten. Eine Abgrenzung der einzelnen Zustände wird versucht. Endlich wird die forensische Bedeutung abgehandelt.

Dieselben Autoren (18) zeigen an einem Fall, daß die einzelnen Fugues bei demselben Kranken ganz verschiedener Genese und Art sein können.

*Gallus* (84) geht in seiner Darstellung des Geisteszustandes der Epileptiker von der auch durch das Assoziationsexperiment festgestellten Verlangsamung und Ärmlichkeit der Assoziationen aus. Den anderen Grundzug im epileptischen Charakter bildet eine Störung der Empfindung und des Fühlens; die Organempfindungen sind verändert und beeinflussen in abnormer Weise das Vorstellungsleben; auf affektbetonte Vorstellungen wird mit großer Heftigkeit reagiert. Von diesen grundlegenden Veränderungen aus werden die einzelnen Charakterveränderungen



der Epileptiker, ferner die Dämmerzustände und Fugues usw. eingehend besprochen.

*Rittershaus* (185) hat auf Grund ausführlicher Assoziationsversuche und der psychologischen Beobachtung eine Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen versucht. Das wichtigste Ergebnis ist, daß in dieser Richtung eine scharfe Trennung zwischen der genuinen Epilepsie und der durch Enzephalitis erworbenen nicht berechtigt ist, eine Erkenntnis, zu der man ja immer mehr auch durch die anatomische Forschung gelangt. Dagegen lassen sich wahrscheinlich die Fälle der erworbenen (Spät-) Epilepsie auch psychologisch abgrenzen.

*Anfimow* (5) fand die Konzentrationsfähigkeit (Aufmerksamkeit) des Epileptikers um so mehr verringert, je länger die Krankheit dauert und je stärker der Schwachsinn ist. Bei periodischer Erregung ist sie gesteigert.

*Roemer* (191) schildert bei einem 24 jährigen, der in der Pubertät echte Anfälle hatte, periodisch auftretende Verstimmungszustände. Obwohl jetzt keine Anfälle auftreten, muß aus der Art der Verstimmungszustände und namentlich den begleitenden Charakterveränderungen, ferner aus der Anamnese die epileptische Natur dieser Zustände erschlossen werden. Wichtig ist namentlich, daß während der Verstimmungsperioden auch andere epileptische Züge auftreten, Abreißen der Gedanken, Neigung zu Wutausbrüchen, Schwindel, verlangsamte Pupillenreaktion, charakteristisches Zittern. Unter diesen Umständen kann auch ohne Feststellung der Anfälle die Diagnose nur auf epileptisches Irresein lauten.

In einer andern Arbeit schildert *Roemer* (190) zwei Fälle, bei denen auf ausgesprochen degenerativer Grundlage endogene Verstimmungszustände teilweise mit Neigung zu Alkoholexzessen, im zweiten Fall auch Dämmer- und Schlafzustände und gleichfalls nahe Beziehungen zu Alkoholexzessen bestanden. Auch diese Fälle reiht *R.* den epileptischen Psychosen ein, namentlich auch auf Grund psychologischer Beobachtungen. Die beiden Arbeiten *R.*s sind wichtig, weil sie genaue psychologische Analysen der fraglichen Zustände enthalten, die auch für andere epileptische Psychosen lehrreich sind.

*Daiber* (49) berichtet über 9 Fälle von epileptischen Psychosen, die in Form von paranoiden, katatonen, stuporösen, zirkulären und halluzinatorischen Zustandsbildern auftreten. Nur bei vier der beschriebenen Kranken wurden Anfälle beobachtet; im übrigen stützt sich die Diagnose auf den epileptischen Charakter, die eigenartige Demenz, die Ideenarmut und die Bewußtseinsveränderungen.

*Tamburini* (228) beschreibt einen mit Wahnideen einhergehenden chronischen paranoischen Zustand bei einem Epileptiker. *T.* wendet sich aber gegen die Auffassung dieses Falles als Mischzustand oder kombinierte Psychose. Die begleitenden Intelligenzdefekte charakterisieren die Paranoia deutlich als die Folge der epileptischen Grunderkrankung.

*Mäder* (136) wesentlich auf den *Freud*schen Anschauungen fußend, bespricht kasuistisch die Sexualäußerungen der Epileptiker und die Bedeutung der Sexualität für diese Krankheit. Daß die Sexualität eine so große Rolle in dieser Krankheit spielt, davon können uns seine Ausführungen nicht überzeugen, ebensowenig Einzelbehauptungen, wie die, daß die Koprophilie bei Geisteskranken eine bedeutende Rolle spielt und daß „normale Kinder bekanntlich besonders gern mit Kot und





Urin spielen". Das sind Verallgemeinerungen einzelner Beobachtung, wie wir sie bei den Anschauungen der *Freud*schen Schule immer wieder finden.

Zur Behandlung der Epilepsie liegen zahlreiche Publikationen vor.

*Wahl* (243) gibt eine Übersicht über alle Methoden, ohne wesentlich Neues zu bringen. Neben den Brompräparaten empfiehlt er Belladonna und Codein, erwähnt die Hydrotherapie, die operative Behandlung und der Vollständigkeit halber die Serotherapie.

*Zuzak* (266) geht von der Beobachtung aus, daß häufig bei erschöpfenden Infektionskrankheiten die Zahl und Schwere der Anfälle herabgesetzt wird, und hat darauf ein Verfahren der serotherapeutischen Behandlung gegründet, indem er Epileptikern das Serum krankheitserschöpfter Tiere einspritzt. Bei seinen an Zahl nach geringen Fällen hat er anscheinend gute Erfolge erzielt, und zwar unabhängig von der ätiologischen Form der Epilepsie.

*Forel* (72) empfiehlt hohe Bromdosen und Alkoholabstinenz bei salzarmer Diät; die Behandlung muß 2 Jahre dauern. Zur Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie zieht er Hypnotismus und Psychoanalyse heran.

*Bratz* und *Schlokow* (37) haben mit gutem Erfolg Bromkali durch Sabromin ersetzt, welches weniger Hautaffektionen macht; außerdem wird die antiepileptische Wirkung beim Gebrauch von Sabromin durch weniger Brom erreicht als bei Bromkali; aus denselben Gesichtspunkten empfiehlt *Halbey* (89) Bromglidine.

Über das Verhältnis von Kochsalz und Brom bei der Auslösung und Vermeidung epileptischer Anfälle liegen mehrere wichtige Arbeiten vor.

*Von den Velden* (236) gibt eine kurze Darstellung des Kochsalzbromstoffwechsels, fußend auf der Untersuchung von *v. Wyss* und seinen eigenen. Das Hauptdepot für die Chloride wie für die Bromide ist das Blutserum, nicht das Nervensystem. Bei gleichmäßiger Bromzufuhr tritt eine zunehmende Bromausscheidung ein, die nach einiger Zeit ihr Maximum erreicht: relative Sättigung, aber nicht des Gewebes, sondern des Blutserums mit Brom. Durch erhöhte Kochsalzzuführung kann man die Bromausscheidung erhöhen. Umgekehrt wird durch Bromzufuhr eine Verarmung an Kochsalz erzielt. Die Versuche *von den Velden*s machen es wahrscheinlich, daß beim Epileptiker allein durch eine Anhäufung von Kochsalz Anfälle ausgelöst werden, umgekehrt kann man durch kochsalzarme Diät allein in einzelnen Fällen die Anfälle zum Verschwinden bringen; in andern Fällen genügt die kochsalzarme Diät allein nicht, es muß dazu noch Bromsalz gegeben werden, um die die Anfälle bedingende Chlormenge aus dem Körper herauszuschaffen. Die antiepileptische Wirkung der Bromsalze beruhte also nur auf der durch sie bedingten Entfernung des Kochsalzes. „Bromismus" wäre demnach eine übermäßige Verarmung an Kochsalz. In einer Anzahl von Fällen gelang es, nachdem durch chlorarme Diät mit oder ohne Bromdarreichung Anfallsfreiheit erzielt war, durch einfache Erhöhung der Kochsalzzufuhr wieder einen Anfall hervorzurufen.

Ähnliche Resultate ergeben die Untersuchungen von *H. v. Wyss* und *A. Ulrich* (262). Die Chlorverminderung im Organismus der Epileptiker wird bedingt: 1. durch die Größe der Bromdosis, 2. durch die Diuresengröße, 3. durch den Kochsalzgehalt der Nahrung. Es gibt beim Epileptiker einen Schwellenwert der Chlorkonzentration im Blute, der unter der Norm liegt. Wird dieser für jeden Fall verschiedene



Schwellenwert überschritten, so treten Anfälle auf. Die Therapie hat von diesen Gesichtspunkten aus: 1. ein noch weiteres Sinken des Chlorschwellenwertes zu verhindern, 2. durch geeignete Maßnahmen den Chlorgehalt des Blutes so herabzusetzen, daß er dauernd unter dem Schwellenwert bleibt. Damit wird eine Bekämpfung lediglich der motorischen Erscheinungen der Epilepsie erreicht. Der empirisch zu ermittelnde Schwellenwert wird hochgehalten durch Fernhaltung von Reizen aller Art. Die Chlormenge des Blutes vermindern die Verfasser durch Kombination der Kochsalzarmen Diät mit Bromnatriumdarreichung, Einschränkung der Wasserzufuhr und der Diurese.

Die in beiden Arbeiten gezogenen Schlußfolgerung, daß die ganze Bromwirkung lediglich auf Herabsetzung des Chlorgehaltes beruhe, wird wenigstens aus den mitgeteilten Krankengeschichten nicht hinreichend bewiesen. Denn es handelt sich fast durchweg um Kranke, die vor den in Frage kommenden Versuchen und zum Teil auch während derselben noch mit Brom behandelt wurden. Wenn also die Vermehrung der Kochsalzeinfuhr Anfälle auslöste, so kann das immer dadurch erklärt werden, daß durch die Chlorzufuhr die Bromausscheidung erhöht wurde.

*Donath* (57) hat, auf die Angaben gestützt, daß bei Tetaniekranken eine Kalkverarmung bestehe, eine Behandlung der Epilepsie mit Chlorkalzium ohne jeden Erfolg versucht; er spricht die Ansicht aus, daß das Kalzium weder in der Epilepsie- noch in der Tetaniefrage eine große Rolle spiele.

*Rodiet* (186) sah bei den meisten Epileptikern, die einer rein vegetarischen Diät unterzogen wurden, den psychischen Zustand sich bessern. Der Intellekt wurde besser, der Gesichtsausdruck freier, sie wurden sozialer und freundlicher, weniger verschlossen und reizbar. Auch die depressive, zu Selbstmord neigende Stimmung in einigen Fällen besserte sich. Unter dieser vegetarischen Diät sahen *Lallemant* und *Rodiet* (123) den Gehalt des Urins an Kochsalz, Harnsäure und Indican abnehmen.

*Rosenberg* (197) gibt zur Unterstützung seiner Epileptikerbehandlung genaue Diätvorschriften, um auf körperlichem und psychischem Gebiet schädliche Reize fernzuhalten. Auch *Rosanoff* (196) erzielte mit einer Milch-Butter-Brotdiät eine Verminderung der Zahl der Anfälle.

Zur operativen Behandlung der Epilepsie liegen einige interessante Publikationen von *Friedrich* (77) vor. In der einen berichtet er über den dauernd gebliebenen Erfolg operativ mit Ventilbildung (Knochen- und Duraexzision) behandelter genuiner Epilepsien und beschreibt ausführlich die operative Behandlung eines Falles mit konstanter Aura im rechten Arm. Hier wurde nach vergeblicher Ventilbildung das elektrisch bestimmte kortikale Armzentrum abgetragen. Heilung erfolgte reaktionslos; die Anfälle blieben weg. Die motorischen Funktionen stellten sich schon vom zweiten Tage ab völlig wieder her. Dieses Ergebnis, insbesondere die Kompensation der exzidierten Zentren durch andere Rindenelemente, ermutigt also zur Rindenexzision in allen Fällen, wo irgendein Verdacht einer kortikalen Reizquelle der Epilepsie vorliegt.

In einer andern Arbeit führt *Friedrich* (78) diese Gewichtspunkte weiter aus, betont namentlich, daß es eine Epilepsiedisposition gibt, die durch ein an sich unbedeutendes Trauma zur manifesten Epilepsie genuinen Charakters führen kann.



Aber auch die genuine Epilepsie ist durch operative Eingriffe günstig zu beeinflussen, wenn die Art der Aura, der Typus des Anfalls oder sonstige Herdsymptome darauf hinweisen, daß hier wenigstens ursprünglich eine lokale Schädlichkeit vorlag; häufig ist dieser traumatischer Natur. Die von *Friedrich* vorgenommenen Operationen bestanden hauptsächlich in Exzision der Dura; er sieht die Ursache des Erfolgs aber nicht in der Druckentlastung des Hirns, sondern in einer an richtiger Stelle gesetzten mechanischen Beeinflussung der Hirnrinde, wenn eine Erkläruug überhaupt möglich ist.

Auf ähnlichem Standpunkte bezüglich der günstigen Operationserfolge steht *F. Krause* (115). Er unterscheidet zwischen *Jakson*scher und genuiner Epilepsie; die erstere, am häufigsten Folge der zerebralen Kinderlähmung, wird häufig bedingt durch Schwielen, Zysten der weichen Hirnhaut, Narben und Sklerosen der Rinde oder subkortikale Zysten; diese Dinge können operativ entfernt werden. Fehlt ein solcher Befund bei der *Jakson*schen Epilepsie, so muß mit der Elektrode das primär krampfende Zentrum ermittelt und diese Rindenpartie bis zum Mark exzidiert werden. Die Narbenbildung durch die Operation ist nicht bedenklich. Bei der genuinen Epilepsie, wenn keinerlei Herdsymptome vorhanden sind, führt *K.* die *Kocher*sche Ventiltrepanation über der vorderen Zentralwindung aus, und zwar bei Rechtshändern auf der rechten Seite.

Die spezielle Indikation zur Operation muß aus der Schwere der Anfälle, der Gefahr der Verblödung und in jedem Fall unter Berücksichtigung der Individualität des Kranken gestellt werden.

*Mermingas* (144) sucht durch eine vielfach gegliederte Einteilung der Epilepsieformen nach Symptomen und ätiologischen Gesichtspunkten eine genaue Indikationsstellung für operative Eingriffe zu erreichen. Am günstigsten sind die Aussichten für eine Operation bei der sekundären, durch ein frisches Trauma verursachten Epilepsie.

Von forensischen Arbeiten ist eine zusammenfassende Darstellung von *Raymond* und *Serieux* (177) zu erwähnen. Neben der intellektuellen Entwicklungshemmung, die ebenso wie die Bewußtlosigkeit während des Anfalls völlige Unzurechnungsfähigkeit bedingt, wird der häufig bestehende konstitutionelle Zustand von erhöhter Reizbarkeit, Egoismus und Stimmungswechsel als geminderte Zurechnungsfähigkeit zu bewerten sein. Eigentlich gehörten diese Anormalen weder in Gefängnisse noch Irrenanstalten, sondern in Sicherheitsasyle; bis solche geschaffen werden, müßten sie doch in Irrenanstalten interniert werden. Das Heiraten der Epileptiker ist entschieden zu widerraten. Die Aufrechterhaltung der Ehe soll unmöglich gemacht werden durch die Tatsache, daß die Epilekptier häufig während des Beischlafs ihren Anfall bekommen und dadurch der Zweck der Ehe illusorisch wird.

### b) Hysterie.

Es sei gestattet, an der Spitze dieses Abschnitts eine Gruppe von Arbeiten zu besprechen, die sich zum Teil auf die Hysterie, zum Teil auf die Neurasthenie beziehen, die aber alle das Gemeinsame haben, daß sie auf der Psychoanalyse der *Freud*schen Schule beruhen. Auch gehört dazu die bereits vorhin (vgl. S. 171)



erwähnte Arbeit über die Sexualität der Epileptischen. Wenn dieser objektive Literaturbericht sonst nicht die geeignete Stelle für kritische Bemerkungen ist, so muß doch jetzt einmal an allen Stellen, an denen die einschlägigen Publikationen überhaupt referiert werden, offen und energisch ausgesprochen werden, daß wir mit dieser Art „Psychoanalyse" nur unsere Wissenschaft und unsere ärztliche Autorität diskreditieren.

Die Ansichten *Freud*s und seiner Schule sind zur Genüge bekannt und in den früheren Jahrgängen dieser Berichte besprochen. Auch sind prinzipiell neue Gesichtspunkte nicht aufgestellt; höchstens wäre darauf hinzuweisen, daß *Freud* neuerdings dem „sexuellen Trauma", namentlich dem „sexuellen Jugendtrauma", nur die Schuld an der jeweiligen Form der hysterischen Symptome zuschiebt, während er die hysterische Grundlage in einer vielleicht angeborenen abnormen Disposition des Sexuallebens erblickt.

Im übrigen entwickelt sich eine Flut von sexualpsychologischer Literatur auf diesem Boden und hat jetzt auch in dem von *Bleuler* und *Freud* herausgegebenen, von *Jung* redigierten „Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen" ein Organ gefunden, in dessen erstem Bande man außer einer Reihe von Originalarbeiten eine Zusammenstellung der *Freud*schen Literatur findet. Sehr bezeichnend ist es auch, daß, wie ich einer Mitteilung von *Stekel* entnehme, eine „Wiener psychoanalytische Vereinigung" existiert.

Die größte Rolle in den hier vorliegenden Arbeiten spielt die Traumdeutung und die durch sie aufgedeckten „Symbole und Symbolhandlungen", durch welche der Komplex und der mit ihm verbundene Affekt auf andere an sich harmlose Vorgänge übertragen sein soll. Wenn heute ein Anhänger der *Freud*schen Lehre ein Lexikon der Traumsymbole aufstellen wollte, — er müßte auf die eine Seite fast alle Gegenstandsbezeichnungen der deutschen Sprache schreiben, während die andere Seite mit wenigen Worten zu bestreiten wäre, Worte, die sich auf die Genitalien, ihren Gebrauch zum Koitus und zu geschlechtlichen Perversitäten beziehen. In der Tat, wenn man diese Traumdeutungen *Stekel*s durchsieht oder von *Ferenszi* (66) den Begriff der Übertragung erläutert hört, so gibt es auch nicht den harmlosesten Traum, aus dem nicht die *Freud*sche Traumdeutung eine Sexualhandlung herausliest. Der Traum, zu spät zum Zuge zu kommen: Gedanken an Incest mit der Mutter; Einfahren eines Dampfschiffs in eine Bootshütte: Koitus der Eltern; in Uniform gehen: Nacktsein; „hinterlistig": Analerotik; die Zahl 10: Koitus; der starre Blick des Arztes: sein erigierter Penis. Hierher gehört auch die geradezu für eine Bierzeitung geeignete Psychoanalyse von *Chalewsky* (43). Diese Deutungen, die einem auf jeder Seite entgegentreten, werden jetzt auch gar nicht mehr irgendwie plausibel zu machen gesucht, sondern es heißt einfach: „Wir wissen von *Freud* ..., *Freud* hat gezeigt ..., Wir erkennen sofort ..., Jeder, der sich mit Traumaanalyse beschäftigt, weiß ..."; das sind keine Beweise für die Richtigkeit der Traumanalyse; wenn uns keine andere Beweise geboten werden, müssen wir sagen: diese Deutungen analysieren uns nicht die Psyche des Patienten, sondern die Phantasie des Psychoanalysators. Die Behauptung, daß jeder Examenstraum das Symbol eines sexuellen Mißerfolgs sei, ist ebensowenig bewiesen wie die oben (S. 171) schon gerügte Behauptung, daß „normale Kinder bekanntlich besonders gern mit Kot und Urin



spielen". Solche Behauptungen imponieren dem Laien, der sich ja jetzt dank der reichen Literatur mit Vorliebe mit diesen Dingen befaßt, ungemein; darauf werden dann Schlußfolgerungen gebaut.

Was schließlich die therapeutischen Erfolge der Psychoanalyse betrifft, so muß man doch sagen: wenn eine Patientin so lange, wie die von *Ludwig Binswanger* (31) behandelt wird, so kann man auch mit andern psychotherapeutischen Methoden, z. B. mit der einfachen belehrenden und den Charakter erziehenden Beeinflussung (*Dubois*), und zwar auf viel unschädlichere Weise, die gleichen Erfolge erzielen; die Stimmungsschwankungen wird sie wohl trotz aller Psychoanalyse behalten. Und endlich mag hier noch einmal darauf hingewiesen werden, was denn das für einen Eindruck auf das Publikum, das diese Bücher auch in die Hände bekommt, machen muß, wenn es da und dort von dem „erigierten Penis des Arztes" und ähnlichen Dingen liest. Es gibt doch auch Nervöse, die nicht frühzeitig „sexuell aufgeklärt" werden, was werden denn diese zu einer solchen Psychoanalyse sagen? Wir wollen doch auch allmählich unser Familienleben, die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, Bruder und Schwester vor den Angriffen durch diese „Psychoanalyse" schützen. Das, was *Freuds* Anschauungen an wirklich Brauchbarem hatten, wird durch diese Literatur nur in Mißkredit gebracht, und was schlimmer ist, die Ärzte dazu. Denn man soll doch ja nicht glauben, daß diese Symboldeutungen in den Fachzeitschriften verborgen bleiben; jeder junge Mediziner gibt sie mit großem Gaudium am Biertisch wieder, und daß auch auf andern Wegen das breite Publikum davon erfährt, dafür sorgen schon ähnliche Publikationen, wie die Psychoanalyse des Hamlet in der „Umschau".

Eine umfassende Kritik der *Freud*schen Anhänger stellt das Referat von *Friedländer* (76) dar, der in sehr objektiver Weise die Verdienste *Freuds*, *Bleulers* und *Jungs* namentlich für die Kenntnis der Psychologie der Neurosen und Psychosen würdigt, aber den therapeutischen Wert der Psychoanalyse bestreitet.

Etwas temperamentvoller lehnt *Rieger* in einer kürzlich erschienenen Publikation die Psychoanalyse ab, der sein Urteil dahin zusammenfaßt: „Die Tatsache, daß viele Menschen im Sexuellen Schweine sind, hat mit der Psychiatrie gar nichts zu tun."

Gleichzeitig mit dem oben erwähnten Jahrbuch für psychoanalytische Forschungen ist neu entstanden die von *Moll* (151) herausgegebene „Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie". Nach dem Vorwort des Herausgebers hat sie sich aber weitere Ziele gesteckt als das oben erwähnte Jahrbuch. Sie will in erster Linie die gesamte Psychotherapie pflegen, von der die Suggestion und Hypnose nur Unterabteilungen sind, und sie will weiter alle die Beziehungen berücksichtigen, die zwischen Medizin und Psychologie bestehen.

Über das Wesen und den Begriff der Hysterie gibt *Klien* (109) ein zusammenfassendes Referat, in welchem die meisten Arbeiten der französischen Schule aus dem vorigen Jahre besprochen werden (vgl. den vorigen Literaturbericht). Auch *Klien* lehnt die *Freud*sche Lehre, wenigstens die weite Anwendung der Sexualkomplexe, ab.



Nach *S. Meyer* (143) ist das Charakteristische der Hysterie ihre Produktivität, d. h. die Fähigkeit, wirkliche Krankheitssymptome, nicht bloß Klagen, aus dem Nichts entstehen zu lassen; eines der häufigsten dieser Produkte ist der Schmerz.

*Williams* (253) führt aus, daß bei der traumatischen Neurose ganz im Sinne der *Babinski*schen Hysterietheorie nur eine Suggestivwirkung in Frage kommt. Das Trauma selbst hat in mechanischer, gewebsalterierender Wirkung gar keine Bedeutung. Die traumatische Neurose würde also in diesem Sinne in den hysterischen Symptomen *Babinski*s aufgehen.

Auch in einer weiteren Arbeit (254) betont *Williams* die Bedeutung der Suggestibilität für die Erkennung echt hysterischer Symptome und für die Abgrenzung der Hysterie gegenüber andern psychopathischen Zuständen.

*Sollier* (211) wendet sich gegen die Auffassung *Babinski*s, der aus der Hysterie nur ein Syndrom von suggestiv („pithiatisch") bedingten Symptomen machen will. Er zeigt, daß Veränderungen der Reflexe, Stigmata, trophische Störungen, wichtige Charakteristika der Hysterie sind, die nicht suggestiv zustande kommen.

*Austregesilo* (10) meint, daß es einen besonderen Krankheitstypus „Hysterie" gibt, der suggestiv bedingt und geheilt werden kann, und daneben symptomatische hysterische Symptome bei funktionellen und organischen Hirnerkrankungen, die er als „Hysteroid" bezeichnet.

Von Einzelsymptomen hat *Freud* (75) den hysterischen Anfall analysiert, nach seiner Auffassung ist der Anfall nichts anderes als eine ins Motorische übersetzte Sexualphantasie. Zu seiner Deutung wird die nämliche Symbolik herangezogen, wie zur Traumdeutung.

*Brunzlow* (40) macht darauf aufmerksam, daß bei Mittelohrerkrankung Schmerzen geklagt werden, die den Verdacht einer endokraniellen Erkrankung hervorrufen, aber lediglich Teilerscheinung einer Hysterie sind und die Operation kontraindizieren.

*Pelnär* (166) gibt zwei eigene Beobachtungen von schweren organischen Hirnerkrankungen (Hirnabszeß), die durch hysterische Symptome verschleiert waren. Er berichtet ähnliche Fälle aus der Literatur und macht auf die diagnostische und therapeutische Bedeutung aufmerksam.

Im Gegensatz dazu bringen *Raimann* und *Fuchs* (175) eine Begutachtung, bei der es sich um eine unbedeutende Verstauchung im linken Knöchel handelt. Die im Anschluß an die chirurgische Behandlung entstandene Inaktivitätsatrophie gab Veranlassung zur Diagnose aszendierende Neuritis und damit zu einem über 5 Jahre währenden, durch etwa 12 Prozesse fortgesponnenen Entschädigungskampf, im Verlauf dessen der Kranke schließlich zu einer schweren hysterischen Beinlähmung kam.

*Oekonomakis* (160) berichtet über eine Hysterie, deren Pathogenese im wesentlichen die Auffassung *Babinski*s vom Wesen der Hysterie bestätigt, die Symptome sind auf suggestivem Wege entstanden und zurückgebildet. 4 Jahre lang bestand außerdem eine Ischurie, die durch die klinische Beobachtung als raffinierte Simulation entlarvt wurde. Bei andern Symptomen mußte die Entscheidung, ob es sich um wirkliche, wenn auch psychogen bedingte Krankheitsäußerungen, oder um





Simulation handelte, offen bleiben. Endlich ist der Fall lehrreich wegen der Differentialdiagnose gegen organische Paraplegie infolge von Spondylitis.

*Dudley* (60) beschreibt als Augensymptome der Hysterie Anästhesien, Verlust des Gefühls in den Lidern, Gesichtsfeldeinengung, Amblyopie, Störungen der Akkommodation und der Pupillenreaktion.

*Mills* (147) gibt einen Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen reiner Hysterie und organischen Symptomen, in dem von ihm beschriebenen Falle handelt es sich um Symptome von Seiten des Parietallappens; es trat eine weitgehende Besserung ein.

*Soca* (210) berichtet über hysterisches Fieber. In der Diskussion wird der Fall bestritten. *Meige* führt dabei aus, daß die Temperatursteigerung allein noch nicht den Begriff des Fiebers ausmache; daher sei es zweckmäßiger, in ähnlichen Fällen lieber von hysterischen Hyperthermie nervösen Ursprungs zu reden.

Eine umfassende Darstellung des Gebietes der Hysterie gibt *v. Voss* (242). Er bringt die verschiedenen Theorien der Hysterie, die ätiologischen Gesichtspunkte, die Symptomatologie, die forensische Bedeutung, die Differentialdiagnose, die Prognose und Therapie. Die neuere Literatur ist fast vollständig berücksichtigt und die Ansichten der einzelnen Autoren werden ergänzt durch persönliche Beobachtungen des Verfassers, namentlich aus der Nervenabteilung eines Petersburger Krankenhauses. Der Verfasser hält sich davon fern, die Zahl der vorhandenen Theorien zu vermehren, und begnügt sich, möglichst viele und objektive Einzeltatsachen teils aus eigener Beobachtung, teils aus dem, was er nach Prüfung der Literatur feststehend gefunden hat, zu geben.

*Diller* (54) stellt die Literatur über das *Ganser*sche Symptom zusammen und kommt daraus wie aus eigenen Beobachtungen zu dem Schluß, daß das Symptom bei vielerlei abnormen psychischen Zuständen zu finden ist und nur in Verbindung mit andern hysterischen Symptomen als charakteristisch für Hysterie bezeichnet werden kann. Als Pendant zu dem „Vorbeireden" beschreibt er eigenartige unlogische oder unkonsequente Halluzinationen, die z. B. zu einer Verfälschung des somatopsychischen Bewußtseins führen. Die Patienten haben fremde Glieder oder drei Köpfe und dergleichen, und empfinden dies als eine deutliche Störung. Ihre diagnostische Bedeutung ist dieselbe wie die des Vorbeiredens.

*Mairet* und *Salager* (137) wollen in ihrem Buche die Berechtigung einer eigenen Form hysterischer Geistesstörung prüfen. Sie haben zu diesem Zweck alle Kranken ihrer Klinik auf hysterische Züge untersucht und die, bei denen sie eine Hysterie feststellen konnten, in Gruppen eingeteilt. Sie unterscheiden: hysterische Verwirrungszustände im Anschluß an Anfälle, Verwirrungszustände als Äquivalente, protrahierte solche Verwirrungszustände, ferner Delirien mit Amnesie, endlich hysterische Verwirrungszustände, kombiniert mit andersgearteten (manischen, halluzinatorischen) Delirien, Hystéro-vésanie. Nur die letzten dieser Gruppen verdienen den Namen der hysterischen Geistesstörung, und sie werden im einzelnen genauer in ihren Symptomen und ihrer Diagnostik beschrieben.

### c) Neurasthenie und Nervosität.

*Janet* (105) gibt in einem anregend und originell geschriebenen Buch erst eine Darstellung wichtiger Symptome und der differentialdiagnostischen Unterscheidung



zwischen hysterischen und psychasthenischen Symptomen. Er schildert psychische Symptome, Bewegungsstörungen, Gefühlsstörungen, körperliche Vorgänge und stellt dabei immer ihr Vorkommen bei der Hysterie dem bei der Psychasthenie gegenüber; unter letzterer versteht er der Hauptsache nach die degenerative oder endogene Nervosität, faßt aber den Begriff noch weiter und verwendet ihn für alle die nervösen Zustände, die durch eine gewöhnlich angeborene abnorme psychische Reaktion ausgezeichnet sind. Am Schluß wird ein historischer Exkurs über die Entwicklung des Neurosenbegriffes gegeben.

*Dubois* (59) gibt in einem klinischen Vortrage seine Auffassung des Begriffes der Neurasthenie. Im Vordergrunde der Symptome steht die Ermüdbarkeit und Erschöpfung; dazu kommt eine gesteigerte emotionelle Reizbarkeit. Die körperlichen Symptome sind nur Begleiterscheinungen. Denn allen Symptomen liegt zugrunde ein von Haus abnormer psychischer Zustand, die Unfähigkeit zur geistigen Synthese, eine Kleinmütigkeit dem Leben gegenüber. Hier muß auch der Hebel der therapeutischen Bestrebungen ansetzen: ihre Hauptaufgabe ist die Erziehung, und zwar die ethische Erziehung des Kranken. Die andern „psychasthenischen" Zustände, Hysterie, Hypochondrie und Melancholie werden kurz besprochen.

*Soukhanoff* (212) weist darauf hin, daß unter dem Bilde der Neurasthenie sich vielfach leichtere Fälle des zirkulären Irreseins befinden, und daß auch die Fälle der Neurasthenie, die nach *Janet* als Psychasthenie bezeichnet werden, eigentlich Psychosen sind, meist entstanden auf dem Boden einer hereditären psychopathischen Anlage.

*Bleuler* (32) bespricht die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und den Neurosen. Alle Symptome der Neurosen können auch bei der Dementia praecox vorkommen. Die Differentialdiagnose kann nur gemacht werden, indem man neben den neurotischen Symptomen auch die der Psychose nachweist, nämlich die abnorme Affektivität, die gesperrte Assoziationstätigkeit, das Auftreten von katatonen Symptomen.

Eine Gruppeneinteilung der pathologischen Persönlichkeiten hält *Suchanow* (227) für möglich und zweckmäßig, da sie für die Behandlung, vor allem für die Erziehung während der Wachstums- und Entwicklungsperiode („psychologische Orthopädie") von großem Werte sein kann. Verfasser schlägt die Unterscheidung in psychasthenische, hysterische, epileptische und räsonnierende Charaktere vor. Die letztere Gruppe weist viele Züge der moral insanity auf.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Zu dem Zusammenhange zwischen Trauma und Neurose ist von besonderer Bedeutung die Schilderung, die *Stierlin* (223) über seine Beobachtungen an den Überlebenden großer Katastrophen gibt (Grubenunglück von Courrières und Hamm, Erdbeben von Valparaiso und Süditalien). Er fand dabei unter den Überlebenden: 1. Psychosen von katatonem Charakter mit schweren hysterischen Symptomen und ungünstigem Verlauf, die durch die CO-Vergiftung hervorgerufen sind; 2. Psychoneurosen ähnlichen Charakters mit zeitweiligen Dämmerzuständen, vasomotorischen Störungen und trophischen Erscheinungen, die ebenfalls durch die CO-Vergiftung bedingt werden; 3. Emotionspsychosen, hervorgerufen durch die psychische Wirkung des hochgradigen Schrecks und der anhaltenden Todesgefahr; 4. endlich traumatische





Psychosen verschiedenen Ursprungs. Die letzten Gruppen finden sich in gleichen Formen bei allen großen Katastrophen wieder.

*D'Abundo* (1) beschreibt als Folgen des Erdbebens in Sizilien schwere Apathie und Stuporzustände.

*Schlesinger* (214) bespricht die Symptomatologie der Unfallneurosen von dem Gesichtspunkte, daß vielfach schon vor dem Unfall Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems bestanden haben.

*Sacki* (202) gibt eine übersichtliche Darstellung über die nach Unfällen beobachteten Nervenkrankheiten und kritische Äußerungen über die mutmaßlichen Zusammenhänge in den einzelnen Fällen.

*Pototzky* (173) hat die Assoziationsmethode zur Analyse der Unfallneurosen angewandt. In einem Falle steht der Gedanke der Krankheit und Entschädigung im Mittelpunkt der Ideenassoziationen, im andern Falle läßt sich durch das Assoziationsexperiment kein Zusammenhang zwischen Krankheit und Entschädigungsansprüchen feststellen.

*Warnek* (246) gibt in seiner Dissertation aus der Kieler Klinik ein schweres, aus objektiven und subjektiven Symptomen zusammengesetztes Bild einer Unfallneurose, die sich bei einem durch Alkohol und Belastung Prädisponierten nach schwerer, mit psychischem Shok einhergehender Kopfverletzung eingestellt hat.

*Kronthals* (116) Vortrag über Erkältung des Nervensystems behandelt nicht die Neurosen, sondern ist ein Versuch des Verfassers, an der Hand seiner bekannten Theorie, daß das Nervensystem nur eine Reizleitung zwischen den einzelnen Zellen des Organismus darstellt, den Einfluß der örtlichen Erkältung auf die Entstehung von Erkrankungen an andern Stellen des Organismus zu erklären. Indem die sensiblen Endapparate der Haut abgekühlt werden, wird ihre Reflexerregbarkeit und ihre Einwirkung auf die Atmungstätigkeit herabgesetzt; die Atmung wird weniger tief; es sammelt sich Sekret an und gibt Gelegenheit zur Ansiedlung von Infektionen.

*Pick* (169) fordert eine strengere Sonderung der Neurosen des Verdauungstraktus. Die klinischen Bilder sollen nicht allgemein als nervöse Dyspepsien bezeichnet, sondern nach den einzelnen Symptomen benannt werden.

*Fleiner* (68) betont, daß es keine primären nervösen Dyspepsien gibt, sondern nur funktionelle Magendarmstörungen psychogenen Ursprungs.

*Plönies* (171) bringt ein großes Material, aus dem hervorgehen soll, daß die bei Magenerkrankungen auftretenden Zwangszustände, Halluzinationen und Angstzustände durch die Magenerkrankungen bedingt werden. Und zwar werden besonders die Läsionsreize und die Toxizität des Mageninhalts als Ursache angeschuldigt, wozu allerdings noch eine psychopathische Prädisposition kommen muß. Dabei bestimmt *Pl.* aber die „Toxizitätsgröße" nur nach ihren Wirkungen (Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, Nervosität) und legt diese Symptome als Maßstab für die Stärke der Vergiftung an.

Im Anschluß an die von *Isserlin* im vorigen Jahre beschriebene Erwartungsneurose (siehe voriger Literaturbericht) hat *Salzer* (205) solche Fälle beschrieben, die sich auf dem Gebiete der Sehstörungen abspielen. Es ist immer eine unbedeutende Augenstörung, die Veranlassung zur Auslösung des quälenden Symptomenkom-



plexes bis zur völligen Funktionsunfähigkeit gibt; die Hauptsache ist dabei die gesteigerte, auf die Störung gerichtete Aufmerksamkeit.

*M. Herz* (98) schildert eine funktionelle psychogene Herzneurose, deren Ätiologie er in sexuellen, mit Affekt verbundenen Schädlichkeiten erblickt, die natürlich auf dem Boden einer Disposition noch intensiver wirken. Es handelt sich hauptsächlich um nicht oder unvollkommen befriedigte sexuelle Begehrungen. Die Diagnose läßt sich aus den Symptomen von Seiten des Zwerchfells (Herzschmerz), der Atmung, des Pulses und aus dem phrenokardischen Anfall machen. Befunde organischer Herzveränderung können dabei fehlen, doch können die phrenokardischen Symptome auch bei organischen Herzaffektionen auftreten. Die Therapie ist hauptsächlich eine psychische.

*Erb* (61) hat das von *Herz* beschriebene Krankheitsbild auf seine Existenzberechtigung nachgeprüft und kommt zu dem Resultate, daß es solche Fälle gibt, wenn auch die sexuelle Ursache nicht immer nachzuweisen sei und vielleicht auch nicht immer erforderlich sei.

*v. Romberg* und *Hoffmann* (195) bemühen sich in ihrem Referate, die Herzneurosen gegen die organischen Herzerkrankungen abzugrenzen. Die Herzneurosen sind funktionelle Störungen der Herz- und Gefäßinnervation ohne Beeinträchtigung des allgemeinen Kreislaufs.

*Baginsky* (13) gibt in einem klinischen Vortrag eine übersichtliche Darstellung der Kindernervosität; dabei wird auf die Besonderheiten im Bilde der nervösen Säuglinge hingewiesen, Ätiologie (angeborene Anlage, Alkohol der Eltern und Ammen, Beispiel), Symptome, das Gesamtbild und die Therapie besprochen.

In den bei *Konegen* erscheinenden Einzeldarstellungen der Nervenkrankheiten bespricht *Toby Cohn* (46) die Muskelatrophien, *Flatau* (67) die Erkrankungen der peripheren Nerven. *Cohn* schildert kurz die Anatomie und Histologie der Muskelfaser, gibt dann eine allgemeine Darstellung der Untersuchungsmethoden und betont bei der Diagnose besonders scharf die Unterscheidung in sekundäre und primäre Atrophien. Zu den ersteren gehören die funktionellen, konstitutionellen und arthropathischen Atrophien, zu den letzteren die spinalen, neuritischen und myopathischen Formen. Die Unterordnung in die einzelnen Gruppen wird bei der Differentialdiagnose gezeigt. In ähnlicher Weise gibt *Flatau* die Histologie der peripheren Nerven, dann die Symptome der Nervenerkrankung, die ätiologischen Momente und bespricht schließlich die Verhältnisse der wichtigsten Eiuzelnerven.

*Levi* (127) führt aus, daß die *Erb-Goldflam*sche Erkrankung (Myasthenia gravis pseudoparalytica) nicht ausschließlich muskulären Ursprungs sei, verweist auf die zahlreichen Befunde an der Thymus und am zentralen Nervensystem und spricht die Ansicht aus, daß es sich um eine Autointoxikation handele. Der ausschließlich muskuläre Ursprung dieser Erkrankung ist übrigens von deutschen Autoren nie behauptet worden.

Die Arbeit *Modenas* (150) ist im wesentlichen ein Referat über die *Freud*schen Anschauungen von der Ätiologie der Psychoneurosen. Er steht dieser Anschauung im ganzen wohlwollend gegenüber und verspricht sich von ihr eine Befruchtung und Anregung der Psychotherapie.



*Pewnitzky* (167) teilt einige Fälle von Zwangszuständen mit, die er mit Psychoanalyse behandelt hat. In den meisten Fällen gelang es ihm, mittels dieser Methode die Ätiologie festzustellen. Es handelte sich vorwiegend — aber nicht ausschließlich — um Erinnerungen an sexuelle Ereignisse. Auch mit den therapeutischen Erfolgen ist der Verfasser zufrieden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Verwandt in bezug auf ihre Anschauungen über die Entstehung der Neurosen und Psychoneurosen sind die beiden Publikationen von *Kyri* (120) und *Cornelius* (47) insofern, als beide besonderen Nachdruck auf die Bedeutung peripherer Reiz- und Schmerzquellen legen und sich gegen die alleinige Betonung der zentralen, „psychogenen" Ursache werden. *Kyri* hebt dabei besonders die Bedeutung des sympathischen Nervensystems als Ursprungs- und Fortleitungsstelle für Schmerzen hervor; er unterscheidet zwischen sympathischen und spinalen Schmerzen. Durch eine bestimmte Palpationsmethode werden die Druckpunkte des sympathischen Systems ermittelt und von den Organschmerzen differenziert.

*Cornelius* (47) gibt eine Darstellung seiner bekannten Anschauungen über die Nervenpunkte, ihre Verteilungen im Körper und ihre Beziehungen zueinander. Die Nervenpunkte entstehen durch Reizung, Zerrung oder Druck peripherer Nervenäste oder Nervenfasern, insbesondere durch Narben. Von den Nervenpunkten aus können Schmerzen fortgeleitet werden auf die nächste Umgebung, den ganzen Nervenstamm oder auf andere Nervengebiete. *Cornelius* baut auf diese Anschauung seine Therapie der Neurosen auf, indem durch eine besonders ausgebildete Massage die Nervenpunkte beseitigt werden.

*Frisco* (79) verbreitet sich über die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Neurastheniker. Die Delikte der Neurastheniker seien hauptsächlich Affekt- und Triebhandlungen und außerdem die aus Zwangszuständen hervorgehenden Handlungen; es wird also der Begriff der Neurasthenie ziemlich weit gefaßt. Für diese Reate will *Frisco* dem Neurastheniker völlige Unzurechnungsfähigkeit zugesprochen wissen.

*Windscheid* (259) hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, eine übersichtliche klinische Darstellung des Kopfschmerzes, seiner Diagnose, der ätiologischen Differentialdiagnose und der Therapie zu geben. Ohne weiter, als unbedingt nötig ist, auf theoretische wissenschaftliche Erörterungen einzugehen, werden diese Momente hauptsächlich vom Standpunkte des praktischen Arztes und für die Praxis abgehandelt.

*Schüller* (215) schildert besonders eine symptomatische Migräneform bei Turmschädel. Hier besteht ein dauerndes Mißverhältnis zwischen Schädelkapazität und Schädelinhalt. Vielleicht liegen auch bei genuiner Migräne ähnliche Verhältnisse vor. *Schüller* empfiehlt Lumbal- oder Hirnpunktionen, eventuell Kraniektomie.

*Jaquet* und *Jourdanet* (103) erörtern bei den ätiologischen Gesichtspunkten der Migräne besonders einzelne Organerkrankungen: sie unterscheiden demgemäß eine gastrische, hepatische, genitale, okuläre Migräne und stellen sie der zentralen Form gegenüber. Die Therapie hat demgemäß die Behandlung der Organe ins Auge zu fassen.

*Rodiet* (187) zählt einige Momente auf, die die Beziehungen zwischen Migräne und Epilepsie beleuchten. Bei einzelnen Patienten wurde kurz vor den Migräne-



attacken eine psychische Veränderung beobachtet, die einem abortiven epileptischen Dämmerzustand entspricht. In einzelnen Fällen wurden mit vegetarischer Diät gute Erfolge gesehen.

*Bornstein* (34) schildert eine ophthalmoplegische Migräne, die vielleicht mit Hypophysenschwellungen im Zusammenhang stehen; als Ursache dieser kämen in Betracht vasamotorische Störungen.

*Renner* (182) schildert Fälle, bei denen in den Migräneattacken ausgesprochene Lähmungen einzelner Muskelgruppen, auch Hemiparesen, auftreten. Er führt sie auf eine durch lokalen Gefäßkrampf bedingte transitorische Ernährungsstörung einzelner Hirnabschnitte zurück und kommt damit überhaupt zu einer vasamotorischen Entstehungstheorie der Migräne.

Zur Therapie gibt *Lewandowsky* (129) in einem kleinen, klaren Aufsatze, die allgemeinen Richtlinien der Behandlung. Er stellt den organischen Nervenkrankheiten die Neurosen als Übergänge zu den Psychosen gegenüber, zeigt die Grenzen der operativen Therapie, hebt die Bedeutung von Quecksilber, Arsen und Jod hervor und warnt vor der übertriebenen Schätzung der Elektrizität. Am meisten verspricht er sich bei der Behandlung der Neurosen von der Psychotherapie, aber nicht im Sinne der *Freud*schen Analyse, sondern mehr von der bewußten erzieherischen Psychotherapie *Dubois*'.

*Williams* (252) warnt in einem kleinen, programmatischen Vortrage vor einzelnen Auswüchsen der Psychotherapie.

*Flesch* (70) sucht die Indikationsstellung für die Kochsalzinjektionen bei Ischias genauer zu präzisieren und kommt zu dem Resultat, daß dann Kochsalzinjektionen von gutem Erfolg sind, wenn neben den übrigen Symptomen der Ischias der Achillessehnenreflex aufgehoben ist; in andern Fällen, wo dieses letztere Symptom nicht nachzuweisen war, haben die Injektionen keinen guten Erfolg gehabt, und es zeigte sich einigemale, daß es sich nicht um eine reine, primäre Ischias, sondern um Erkrankungen benachbarter Teile mit sekundärer Beteiligung des Ischiadicus handelte.

*Flesch* (69) empfiehlt für die Trigeminusneuralgie dringend die Alkoholinjektionen, und zwar in die peripheren Äste, die er für ausreichend hält.

*Fürstenberg* (82) gibt eine Übersicht über die bei der Neurasthenie anzuwendenden hydriatischen Maßnahmen und versucht eine Indikationsstellung.

*Aub* (6) empfiehlt bei allen zerebralen Erschöpfungszuständen die Galvanisation und gibt ein Instrumentarium an, bei welchem durch festen Sitz der Elektrode Schwankungen vermieden werden. Er hat namentlich gute Erfolge bei neurasthenischen Kopfschmerzen gesehen.

*Eschle* (63) gibt eine Darstellung der Beschäftigung im weitesten Sinne als Heilmittel. Sie ist für ihn weniger eine Arbeitstherapie als ein Erziehungsmittel, und er betont demgemäß mehr die psychische Seite der Arbeit, hebt die Notwendigkeit hervor, der Beschäftigung einen realen Zweck zu geben und gibt Andeutungen für die Organisation. Im ganzen bringt dieser Aufsatz nicht viel Neues, abgesehen von zahlreichen, teils den Schriften des schwer verständlichen *Rosenbach*, teils den eigenen des Verfassers entnommenen komplizierten Ausdrücken; weshalb man z. B. die Arbeit als „exosomatische" Betätigung bezeichnen muß, ist nicht recht einzusehen.



*Williams* (255) zeigt an einem Falle, daß eine Suggestivtherapie bei traumatischer Neurose gute Erfolge haben kann.

## d) Chorea.

*Homuth* (101) gibt eine historische Übersicht über die Entwicklung von der Kenntnis der Chorea und dann statistische Angaben über 37 Choreafälle. Er hält die Chorea für ein Äquivalent einer rheumatischen Infektion.

*Macalister* (135) fand im Blute Choreakranker eine ausgesprochene Eosinophilie, die bei Rheumatismuskranken fehlte. Ebenso fand er im Blute von Choreakranken ein Toxin, das die Leukozyten von gesunden Personen und von Rheumatikern abtötete, die von Choreakranken intakt ließ.

*Bardachzi* (15) beobachtete bei einer etwa 60 jährigen Frau eine nach psychischem Trauma rasch auftretende Chorea. Es fand sich neben Arteriosklerose und Struma eine starke Vermehrung der roten Blutkörperchen, die aber auch nach Heilung der Chorea bestehen blieb. In einem zweiten Falle bestand auch eine mäßige Vermehrung. *B.* glaubt, daß die Chorea die Folge der Thrombose und Hirnhyperämie sei.

*Schabad* (213) sah bei einer 50 jährigen Frau als Äquivalent für ausbleibende Migräneattacken eine chronische, fast die gesamte Muskulatur betreffende Chorea auftreten. Bereits 10 Jahre früher während einer Schwangerschaft litt die Frau an Chorea, während die Migräneattacken zessierten. *Sch.* glaubt, daß es sich um organische Gehirnveränderungen handelt.

*Dexler* (53) präzisiert im Anschluß an zwei vorgestellte Fälle seinen Standpunkt dahin, daß die sogenannte Chorea der Hunde weder klinisch noch pathologisch-anatomisch mit der menschlichen Chorea identisch oder auch nur ähnlich ist. Es handelt sich um postinfektiös ausgelöste rythmische Krämpfe, bei denen auch im Gegensatz zur menschlichen Chorea ein regelmäßiger anatomischer Befund, hauptsächlich in Form einer Myelitis, zu erheben ist. In der Diskussion wird die Auffassung *Dexlers* gebilligt.

*Bianchi* (27) teilt mehrere Fälle von Hemichorea, darunter einen mit Sektionsbefund, mit und bespricht die Hypothesen der anatomischen Grundlage der Hemichorea. Nach seiner Auffassung handelt es sich um eine Affektion der zerebellaren Thalamusbahn und des roten Kernes.

*Poncelet* (172) gibt in seiner Dissertation aus der Bonner Klinik einige aus der Literatur bekannte Stammbäume von Fällen *Huntington*scher Chorea und berichtet dann über zwei typische Fälle eigener Beobachtung. Zum Schluß erörtert er die Frage der Invalidität und zeigt, daß hier nur eine individuelle Entscheidung Platz greifen kann, daß manche Patienten mit ausgesprochener Chorea noch jahrelang arbeitsfähig bleiben, weil intendierte Bewegungen nicht selten die Zuckungen hemmen.

Nach *Sainton* (204) zerfallen die chronischen Formen der Chorea in die *Huntington*sche, ferner in die chronischen Fälle der *Sydenham*schen Chorea und in Fälle, die auf degenerativer Grundlage entstehen.

*Liebers* (130) gibt eine kurze Schilderung der bei funktionellen und organischen Psychosen und Neurosen vorkommenden Bewegungsstörungen, die an Chorea erinnern.



*Bethge* (26) gibt in seiner Dissertation aus der Kieler Klinik einen Fall von halluzinatorischer Psychose bei Chorea, bei der auch die Blutuntersuchung den infektiösen Ursprung (Streptokokken) erwies.

*Viedenz* (238) berichtet über 5 Fälle von Psychose bei typischer akuter Chorea. Darunter verlief einer tödlich; die Sektion ergab frische verruköse Endokarditis. In einem Falle trat die Chorea im 3. Monat der Schwangerschaft auf und bestand auch noch fort, als die Gravidität durch einen Abort beendigt war. Die Psychosen haben keinen einheitlichen Charakter, etwa im Sinne der Infektionsdelirien; es kommen auch Fälle von Charakter der Amentia vor.

*Runge* (200) beschreibt von Choreapsychosen, die alle einen gemeinsamen Charakter haben: labile Stimmung, Angst, flüchtige Halluzinationen und Wahnbildungen, Bewußtseinstrübung. Das ist also das Bild der Infektions- und Erschöpfungspsychosen und der Amentia. Auch diese Tatsache weist, wie *R.* ausführt, auf den infektiösen Ursprung der Chorea ain, der außerdem auch durch entsprechende Bakterienbefunde wahrscheinlich gemacht wird.

*Raecke* (174) fand in einem Falle von *Huntington*scher Chorea, der zur Sektion kam, eine Ansammlung von zelligen Gliaelementen in der Großhirnrinde, besonders in der Schicht der mittleren und großen Pyramidenzellen. Diese Elemente liegen teils periganglionär, teils in Gruppen frei im Gewebe, aber nicht in Beziehung zu den Gefäßen. An den Pyramidenzellen fanden sich hauptsächlich chronische Veränderungen, aber nicht gleichmäßig verteilt, so daß z. B. die Riesenpyramiden frei blieben. Da auch frühere Untersucher einen ähnlichen Befund erhoben hatten, hält *R.* diese Veränderungen für charakteristisch für die *Huntington*sche Chorea; er glaubt, daß es sich um eine primäre Nervenzellerkrankung handelt, und zwar solcher Zellengruppen, die von Haus aus minderwertig angelegt sind; die Gliavermehrung wäre dann sekundär entstanden.

*Kölpin* (110) fand bei zwei Fällen von *Huntington*scher Chorea eine diffuse Rindenerkrankung, und zwar einen infantilen Typus der Rindenarchitektur und atrophische Vorgänge an den Nervenelementen. Diese Befunde sprechen ebenfalls für eine degenerative Anlage des erkrankten Gehirns.

*Stevenson* und *Purdum* (222) fand ebenfalls starke Vermehrung der Gliakerne in der Rinde, aber auch entzündliche Vorgänge an den Gefäßen und frische Degenerationsprozesse an den Nervenzellen.

*Damaye* (51) fand in zwei Fällen von chronischer Chorea einen leptomeningitischen Prozeß und in seinem Bereich Zellerkrankungen, Vermehrung der Gliakerne, aber auch Gefäßerkrankungen.

Bei der Chorea minor fand *v. Orzechowski* (162) frische Embolisierung, Faserdegeneration nach *Marchi*, Kernansammlungen um die Ganglienzellen der Thalamuskerne, also keine spezifischen Veränderungen.

Zur Behandlung der Chorea empfiehlt *Köster* (111) Arsenik, warnt aber vor Atoxyl, ferner hat er gute Erfolge von Gymnastik und Massage sowie von der Hydrotherapie gesehen.

Auch *Franke* (73) empfiehlt die physikalische Therapie.

*Mayr* (142) hat bei Chorea minor eine Behandlung mit Antistreptokokkenserum versucht. Dabei zeigte sich in allen Fällen eine rasche Abnahme der mo-



torischen Erscheinungen, die allerdings einigemale nur kurz anhielt; in andern Fällen wurde entschieden der Krankheitsprozeß abgekürzt. Vielleicht handelt es sich bei der Chorea doch um verschiedenartige Infektionen, wodurch die Verschiedenheit der Wirkung erklärt wird.

## e) Schilddrüsenerkrankungen.

*Kutschera* (119) veröffentlicht sehr interessante Erhebungen über Kretinenfamilien in Steiermark. Daraus scheint hervorzugehen, daß der Kretinismus durch Infektion mit einem Virus zustandekommt, das von Kretinen auf andere Menschen übertragen wird. Die Übertragbarkeit wird durch eine gewisse Disposition gefördert. Die Disposition wird erhöht durch schwächende Momente, Alkoholismus, ungünstige hygienische Umstände und ist am stärksten beim Säuglinge, nimmt im höheren Alter ab. Die kretinische Infektion ist nicht an bestimmte Gegenden und nicht an den Boden gebunden, erhält sich aber in einzelnen Ortschaften und Landstrichen sehr lange infolge der Seßhaftigkeit der bäuerlichen Bevölkerung und der Hauspflege. Das Virus schädigt in erster Linie die Schilddrüse und bedingt dadurch bei jugendlichem Alter der davon Betreoffnen den Kretinismus, es kann aber unter Umständen auch andere Organe schädigen. Zum Schluß wird eine Reihe namentlich sozialhygienischer Maßregeln zur Bekämpfung des Kretinismus vorgeschlagen.

Bei der Kindertetanie wird in mehreren Arbeiten der Einfluß der Erkrankung der Nebenschilddrüse und der Epithelkörperchen hervorgehoben.

*Glaserfeld* (85) fand bei latenter Tetanie Zirkulationsstörungen, Blutungen oder Hyperplasie der Epithelkörperchen; er denkt sich den Zusammenhang so, daß von den Epithelkörperchen ein funktioneller Einfluß auf das motorische Nervensystem ausgeübt wird.

*Yanase* (264) fand bei der tetanischen Übererregbarkeit der Kinder in der Nebenschilddrüse Amyloiddegeneration der Epithelkörperchen, Miliartuberkulose und Blutungen. Er glaubt, daß dadurch die der Entgiftung des Organismus dienenden Funktionen der Epithelkörperchen gestört werden.

*Escherich* (62) gibt eine ausführliche Darstellung der Kindertetanie. Als Spasmophilie bezeichnet er die Neigung zu Krampfzuständen in den ersten Lebensjahren. Der Zusammenhang mit Erkrankungen der Epithelkörperchen begründet die Einheit aller Formen. Vielfach werden die Erkrankungen hervorgerufen durch Geburtstrauma oder Entwicklungsstörungen.

*v. Orzechowsky* (164) beschreibt eine Tetanie mit myotonischen Symptomen. Er glaubt, daß auch hier eine Epithelkörperchenerkrankung vorliegt, aber eine andere als bei der reinen Tetanie. Vielleicht liegen auch der echten *Thomsen*schen Erkrankung ähnliche Veränderungen zugrunde.

*Piazza* (168) beobachtete eine Kombination von *Basedow*-Symptomen mit denen der *Raynaud*schen Erkrankung: trophische Störungen, Tachyhardie, Zyanose, Schilddrüsenvergrößerung, Exophthalmus.

Kombinationen von Schilddrüsen- und Hypophysenerkrankungen sind in den Publikationen von *Goddes* (87) und *Rénon* (183) beschrieben.

*Michailow* (145) untersuchte das Blut von 12 *Basedow*-Kranken, die mit Rodagen und Röntgenbestrahlung (des Kopfes) behandelt wurden. Es stellte sich



heraus, daß sich die Hämoglobinmenge nicht wesentlich von der Norm unterscheidet. Die roten Blutkörperchen sind in gewöhnlicher oder erhöhter Zahl vorhanden. Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen ist herabgesetzt, dagegen sind die Lymphozyten vermehrt. Bei Besserungen im Zustande des Patienten beobachtete der Verfasser oft — aber nicht immer — eine Vermehrung der großen mononukleären Leukozyten sowie eine Verminderung der Lymphozyten.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Während die morphologische Zusammensetzung des Blutes beim einfachen Kropfe keinerlei Besonderheiten aufweist, ist nach *Kurbow* (117) in den ausgesprochenen Fällen der *Basedow*schen Krankheit eine deutliche Abnahme der Zahl der weißen Blutkörperchen zu konstatieren, die namentlich auf einen Rückgang der Zahl der polynukleären neutrophilen Zellen zurückzuführen ist. Diese Abnahme kann durch die geringe Zunahme der Zahl der Lymphozyten und der großen mononukleären Zellen nicht wettgemacht werden. Besserungen in dem Zustande der Patienten gehen mit einer Zunahme der Anzahl der neutrophilen Zellen und Abnahme der Zahl der Lymphozyten Hand in Hand. Besonders charakteristisch für für die Besserung erscheint dem Verfasser die Vermehrung der großen mononukleären Zellen auf Kosten der Lymphozyten zu sein. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Dalmas* (50) gibt eine ausführliche Darstellung der Geschichte und Literatur der *Basedow*-Psychosen, die er in zwei Gruppen einteilt: 1. einfache Veränderungen des Charakters im Verlauf jedes länger dauernden *Basedow*; 2. ausgesprochene Psychosen vom Charakter der Manie, Melancholie oder Paranoia, die einzelne Fälle von *Basedow* komplizieren können. Solche Psychosen treten um so häufiger auf, je mehr eine erbliche Belastung oder degenerative Veranlassung vorliegt. Sie stehen aber nicht immer in ursächlichem Zusammenhange mit dem *Basedow*, sondern es handelt sich häufig nur um ein zufälliges Zusammentreffen oder die *Basedow*-Erkrankung ist nur die äußere Veranlassung zum Manifestwerden der Psychose. Wo ein wirklicher Zusammenhang zwischen *Basedow* und Psychose besteht, tritt mit der Besserung des *Basedow* auch eine Besserung der Psychose ein.

*Moszkowicz* (152) berichtet über gute Erfolge, die er bei myxomatösen Kindern durch Implantation von Thyreoidea in das Mark der Tibia erzielte.

In der Diskussion empfiehlt *Eiselsberg* die Thyreoidea subfascial zu implantieren, um so eine Knochenverletzung zu vermeiden.

*Pineles* (170) behandelt sowohl die idiopathische wie die thyreoprive Tetanie mit Extrakt von Nebenschilddrüsen.

*Tamburini* (229) gibt eine Übersicht über die Behandlungsmethoden der *Basedow*-Erkrankung und ihrer Erfolge, ohne sich für eine bestimmte Methode festzulegen. Er erwähnt die Schilddrüsenexzision, die Organtherapie, Massage, Hydrotherapie und Elektrizität. Von sonstiger medikamentöser Behandlung mit Roborantien, Arsenik usw. will er nicht viel wissen. Auch die Stoffwechselbehandlung nach *Alt* (Herabsetzung der Kochsalzeinfuhr und des Kohlehydratstoffwechsels) wird kurz erwähnt.

---



## 4. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: P e r e t t i - Grafenberg.

1. *Allers*, Zur pathologischen Histologie des Delirium tremens. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. H. 6, Dez., S. 518. (S. 195*.)
2. *Aronsohn*, Der *Korsakow*sche Symptomenkomplex nach Commotio cerebri. Deutsche med. Wschr. Nr. 23. (S. 199*.)
3. *Austregesilo* und *Gotuzzo*, Geistesstörung bei Uncinariasis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. XIII. Bd. S. 339. (S. 202*.)
4. *Baudonin* et *Chaslin*, Un cas de délire infectieux grippal. L'Encéphale Nr. 6. (S. 202*.)
5. *Bethge*, Über Malariapsychosen. Inaug.-Diss. Leipzig.
6. *Busch*, Der Einfluß des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewußtseins. Tübinger Habilitationsschrift.
7. *Ceni*, L'influenza di alcune sostanze d'azione prevalemente cerebrale sulla funzione dei testicoli (Caffé, Veronal e Absinthe). Rivista speriment. di freniatria vol. 35, p. 63—72.
8. *Ceni*, Sulla periodicità dei penicilli verdi in rapporto colla pellagra. Reggio-Emilia. Calderini e figlio. (S. 202*.)
9. *Chainowsky*, Delirium tremens. Inaug.-Diss. Basel. (S. 194*.)
10. *Choroschko*, Zur Lehre von der *Korsakoff*schen polyneuritischen Psychose. Neurol. Zentralbl. Nr. 7, S. 341. (S. 198*.)
11. *Clérambault*, Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. Ann. méd.-psychol. Sept.-Oct., p. 220, Nov.-Déc. p. 355. (S. 201*.)
12. *Damaye*, La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. L'Écho méd. du Nord Nr. 48, p. 567. (S. 191*.)
13. *Damaye* et *Mézie*, Le Collargol dans quelques affections mentales d'origine toxique. Arch. de Neurol., Août. (S. 192*.)
14. *Drenkhahn*, Das Verhalten der Alkoholerkrankungen zu den Geisteskrankheiten und Nervenkrankheiten in der Armee. Deutsche militärärztl. Ztschr. H. 10, S. 393. (S. 194*.)
15. *Dupain* et *Lerat*, Un cas de psychose polynévritique. Ann. méd.-psychol. Mars-Avril, p. 262. (S. 198*.)
16. *Ellis*, Unvorbereiteter Reis als Ursache der Beri-Beri. Brit. med. Journ. 2. Okt.





17. *Federschmidt*, Zwei Fälle von Kohlendunstvergiftung in hygienischer und gerichtlich-medizinischer Beleuchtung. Münch. med. Wschr. Nr. 29, S. 1483. (S. 201*.)
18. *Fornaca*, Le piastrine del sangue nella infezione malarica. Policlinico vol. 16. (S. 202*.)
19. *Friedländer*, Über die verstärkende Wirkung des Morphiums durch Scopolamin nebst einem Vorschlag zur Bekämpfung des Morphinismus. Med. Klin. Nr. 15, S. 540. (S. 200*.)
20. *Frotscher*, Chronische Bleivergiftung und Epilepsie. Ztschr. f. Medizinalbeamte Nr. 8, S. 317. (S. 202*.)
21. *Fürer*, Morphinismus. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1. Aug.-Heft, S. 554. (S. 200*.)
22. *Ganser*, Alkohol und Geisteskrankheit. Die Alkoholfrage 1. Heft, S. 1. (S. 198*.)
23. *Graeter*, Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. Leipzig, Barth. 200 S. (S. 193*.)
24. *Haeseler*, Zur Alkoholfrage. Ärztl. Vereinsblatt Nr. 726, S. 706. (S. 198*.)
25. *Haymann*, Polyneuritis und polyneuritische Psychose auf morphinistischer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1. Dezemberheft, S. 863. (S. 199*.)
26. *Hoisholt*, Suicide and alcohol. The California State Journ. of Med. Febr. (S. 196*.)
27. *Holitscher*, Die Zeugung im Rausche. Int. Mtschr. z. Erforsch. d. Alkoholismus. 7. H. (S. 196*.)
28. *Hoppe*, Die Zeugung im Rausche. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. H. 5, S. 161. (S. 196*.)
29. *Horwitz*, Über den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 198*.)
30. *Inagaki*, Beitrag zur Erforschung der Opiumvergiftung. Neurologia 8. Bd., 1. u. 2. Heft.
31. *Keniston*, Alcoholic psychoses in hospitals for the insane. Americ. Journ. of Insan. vol. LXV, Nr. 3. (S. 198*.)
32. *Leroy*, Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale Bd. 2, H. 5.
33. *Lilienstein*, Die Behandlung der Alkoholkranken außerhalb der Irrenanstalten. Fortschr. d. Med. Nr. 4 u. 5. (S. 197*.)



34. *Marie*, A propos des toxicités urinaires et sanguines en psychiatrie. Reuve de psych. Nr. 10, p. 567. (S. 192*.)
35. *Meunier*, Le hachich. Essai sur la psychologie des paradis éphemères. Paris, Librairie Blond.
36. *Meyer*, Zum *Korsakoff*schen Symptomenkomplex. Deutsche med. Wschr. Nr. 24. (S. 199*.)
37. *Moeli*, Behandlung der Vergiftungen mit Weingeist. Handb. d. gesamten Therapie von Penzoldt und Stintzing, 1. Bd., S. 459. (S. 197*.)
38. *Möller*, Delirium tremens behandelt mit Veronal. Berl. klin. Wschr. Nr. 52, S. 2340. (S. 194*.)
39. *Morstatt*, Experimentelle Untersuchungen über Auffassung und Merkfähigkeit bei Kranken mit *Korsakoff*schem Symptomenkomplex. Inaug.-Diss. Tübingen. (S. 199*.)
40. *Null*, Alcohol in its relation to mental and nervous disorders. Pacific med. journ. Nr. 7.
41. *Ostankow*, Gastrische Krisen der Tabiker als Folgeerscheinung des Morphiums. Neurol. Zentralbl. Nr. 1, S. 14. (S. 200*.)
42. *Pachantoni*, Der Traum als Ursprung von Wahnideen bei Alkoholdeliranten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1. Novemberheft, S. 796. (S. 195*.)
43. *Papadaki*, Quelques cas de délire alcoolique atypique. L'Encéphale Nr. 8.
44. *Potts*, Über Alkoholismus und Schwachsinn. Brit. med. Journ. 23. Januar, S. 232.
45. *Redlich*, Bemerkungen zur Alkoholepilepsie. Epilepsia, I. année, fasc. 1, p. 41.
46. *Régis*, Le Caducée. Nr. 21, p. 285.
47. *Richter*, Über pathologische Rauschzustände. Inaug.-Diss. Berlin.
48. *Römer*, Klinische Beiträge zur Lehre von der Dipsomanie und der psychischen Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. IV, H. 4, S. 277.
49. *Salazar*, Psychoses toxi-infectieuses et démence précoce. Ann. méd.-psychol. Nov.-Déc., p. 353. (S. 192*.)
50. *Schenk*, Die Alkoholfrage. Sammelbericht in Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15 u. 16. (S. 198*.)
51. *Schenk*, Zur Lehre vom Alkohol, Sammelref. in Berl. klin. Wschr. Nr. 23. (S. 198*.)



52. *Schenk*, Periodische Trinker. Deutsche Mediz.-Ztg. Nr. 41. (S. 196*.)
53. *Schmey*, Über einen Fall von Glyzerinsucht. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1706. (S. 201*.)
54. *Schönfeld*, Delirium nach einer Verletzung nicht als Unfallfolge anerkannt. Med. Klin. Nr. 50, S. 1908. (S. 195*.)
55. *Semon*, Polyneuritis und *Korsakoff*sche Psychose bei Koli-Pyelitis in der Gravidität. Med. Klin. Nr. 32. (S. 198*.)
56. *Serog*, Versuche über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Alkoholwirkung. Inaug.-Diss. Gießen.
57. *Suchanow*, Psychasthenie und Alkoholismus. Russki Wratsch, Nr. 4 (Russisch). (S. 194*.)
58. *Tamburini*, Sul veronalismo. Atti della Società medico-chirurgica di Ancona. Fasc. 3—4.
59. *Tevfig*, Die Schenke oder die Gewohnheitstrinker von Konstantinopel. Deutsch von Menzel. Berlin, Mayer und Müller.
60. *Triboulet*, Maison de cure complementaire pour les alcooliques des services hospitaliers. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, Nr. 27.
61. *Tuwim*, Zeitweilige Abneigung gegen Alkohol, hervorgerufen bei Alkoholikern durch Substanzen, die die Hirnrinde erregen. Wratschebnaja Gazeta (Ärztliche Ztg.) Nr. 36 (Russisch). (S. 197*.)
62. *Vigouroux*, Les idées de jalousie dans l'alcoolisme. La Clinique Nr. 22, S. 339. (S. 195*.)
63. *Vigouroux* et *Naudascher*, Les infections et les intoxications dans l'étiologie de la démence hébéphrénique. Ann. méd.-psychol. Janv.-Févr. p. 90. (S. 192*.)
64. *Weber*, Einfache Trunkenheit oder pathologischer Rausch. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. IV, H. 3. (S. 196*.)
65. *Weber*, Die Behandlung der Trunksucht. Klin. Vortrag. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 281. (S. 197*.)
66. *Weyert*, Trionalintoxikation. Med. Klin. Nr. 34, S. 1265. (S. 201*.)
67. *Ziveri*, Sulle psicosi pellagrose. Rivista speriment. di Freniatria vol. 35, p. 280.

### a) Allgemeines.

Die Verwirrtheit ist nach *Damaye* (12) die charakterische Erscheinung der toxischen Imprägnation einer prädisponierten Hirnrinde. Ob sie akut, subakut,

vorübergehend oder chronisch auftritt, hängt einerseits von der Virulenz und der Wirkungsdauer der Toxine und andererseits von dem Grade der zerebralen Prädisposition ab. Man muß drei Entwicklungsphasen der toxischen Psychosen annehmen, Verwirrtheit oder Delirium (akute Paranoia), chronischer Zustand und Demenz. Letztere als Ausdruck einer auf Zellenveränderung beruhenden Abnahme der Intelligenz, kommt erst nach langer Dauer der Krankheit zustande und ist nicht gleichbedeutend mit chronischer Verwirrtheit. Die Behandlung der durch Infektion und Toxine verursachten Geistesstörungen durch Jod, Collargol und Fleischsaft ist eine dankenswerte Aufgabe der Psychiatrie.

*Damaye* und *Mézie* (13) reden der Anwendung des Collargol das Wort bei Verwirrtheitszuständen, die auf toxische Einflüsse zurückzuführen sind. Von den vier Fällen bei Frauen, die sie mitteilen, nehmen sie bei zweien, die im Urin zahlreiche Diplokokken, wahrscheinlich Streptokokken hatten, eine infektiöse Affektion des Genitalapparates an. Collargol 12 cg in Pillen pro die bewirkte in allen Fällen schon nach wenigen Tagen eine physische und psychische Besserung. Es verdient auch Empfehlung in Psychosen bei Tuberkulose.

*Salazar* (49) wirft die Frage auf, ob aus dem klinischen Bilde eine Unterscheidung zwischen toxisch-infektiösen Psychosen und der Dementia praecox sich ermöglichen läßt. Es kommen, wie er in einem Falle zeigt, im Verlaufe der Dementia praecox Zustände von Verwirrtheit vor, die ganz dem Bilde einer toxischen Psychose entsprechen. Die für die Prognosenstellung äußerst wichtige Differenzialdiagnose muß sich auf eine gründliche Erforschung der Antezedentien und der morphologischen und psychologischen Eigenschaften des Individuums stützen, und man muß nach etwaigen der akuten Phase vorhergegangenen psychischen Änderungen fahnden, ehe man sich für die Annahme einer günstig verlaufenden toxischen Psychose, die sich nicht auf besonders prädisponiertem Boden zu entwickeln braucht, ausspricht.

*Vigouroux* und *Naudascher* (63) glauben den Intoxikationen und Infektionen eine größere Rolle in der Ätiologie der Dementia praecox zuschreiben zu müssen, als es bis jetzt geschehen ist. Sie stellen in einer Tabelle 50 Fälle von Hebephrenie zusammen und heben besonders hervor, daß unter den 33 erblich Belasteten 3 und unter den 17 nicht Belasteten 4 kurze Zeit nach Alkoholexzessen erkrankten. Die in einem Vortrage in der Société medico-psychologique von den Verfassern vertretene Ansicht, daß ein Alkoholexzeß zur Zeit der Pubertät bei einem Disponierten ebenso die Ursache zum Ausbruch einer Dementia praecox abgeben könnte wie eine typhöse Erkrankung, fand in der sich an den Vortrag anschließenden Diskussion keine Zustimmung, man sah vielmehr die Alkoholexzesse als Folge der beginnenden Erkrankung, nicht als deren Ursache an.

*Marie* (34) erörtert eingehend die Beziehungen der Bakteriologie und Serologie zu den Psychosen und berichtet von seinen Untersuchungen über die Giftigkeit des Urins und des Blutes bei Geisteskranken. Unter anderem fand sich in der Regel eine Hypotoxizität des Urins dann, wenn Insuffizienz der Niere nachgewiesen werden konnte, die Toxine werden dann im Körper zurückgehalten. Bei der Epilepsie spielen zwei Faktoren eine Rolle: die Retention der Toxine infolge gehinderter Niereninfiltration und die Überproduktion von Toxinen infolge Veränderungen an

der Leber, der Thyreoidea oder andern Drüsenorganen. Die Blutuntersuchungen *Maries* ergaben verschiedene Veränderungen an Zahl und Form der Zellenelemente des Blutes bei Paralyse, Epilepsie und Dementia praecox. Die bei 14 Fällen von Dementia praecox und 10 Fällen von Epilepsie vorgenommene *Wassermann*sche Reaktion fiel immer negativ aus.

## b) Alkoholismus.

Ausgehend von der Erfahrung, daß die Erfolge der Trinkerasyle leiden, weil ihnen irrigerweise Trunksüchtige zugeführt werden, deren Trinken nicht Ursache, sondern Folge und Begleiterscheinung einer unheilbaren Geistesstörung, insbesondere der Dementia praecox ist und die nicht geheilt werden, sondern durch ihren schlechten Einfluß die Heilung anderer erschweren, bearbeitet *Graeter* (23) in seinem Buche übe Dementia praecox mit Alkoholismus chronicus die Beziehungen und die Unterscheidung der Demenz und der chronisch paranoiden Psychosen scheinbar alkoholischer Natur. An 11 Fällen von mit Alkoholismus komplizierter Dementia praecox zeigt er, daß die Natur der Krankheit anfangs kein einziges Mal richtig erkannt worden war. Die Ursachen der diagnostischen Irrtümer liegen in der mangelhaften Anamnese, in dem Verdecktwerden der Dementia praecox durch alkoholistische Symptome, in dem besonders von den praktischen Ärzten angenommenen Trugschlusse: Post hoc ergo propter hoc und in der Lückenhaftigkeit unserer Kenntnis der alkoholischen Erkrankungen. Besonders über die „chronischen Alkoholpsychosen" herrscht noch keine Klarheit. Nach *Graeter* sind wir „nicht mehr berechtigt, den Krankheitsbegriff der chronischen Alkoholparanoia oder chronisch alkoholischen Verrücktheit aufrecht zu erhalten oder von „chronisch alkoholischen Störungen paranoider Art" oder „chronisch halluzinatorischem Schwachsinn der Trinker" usw. zu reden. Wir können nur die Koinzidenz einer chronischen Psychose paranoider Art mit Alkoholismus chronicus konstatieren." Bei den Symptomen einer mit Alkoholismus kombinierten Dementia praecox kann man drei Gruppen unterscheiden: 1. Symptome, die beiden Krankheiten zukommen und durch den Alkoholismus verstärkt werden, bei Abstinenz wieder etwas zurückgehen: Gleichgültigkeit gegenüber den Pflichten, ethische Abstumpfung, erhöhte Dissoziabilität, Reizbarkeit, psychomotorische Erregbarkeit und hyperkinetische Stereotypien, Direktionslosigkeit und intensiveres Triebleben, ferner Tobsucht, pathologische Rauschzustände, halluzinatorische Erregungen (Tiervisionen), Beeinträchtigungsideen, Angstgefühle, Eifersuchtsideen usw.; 2. Symptome, die zwar für Dementia praecox nicht spezifisch sind, aber nicht bei reinen Alkoholpsychosen vorkommen, die auto- und somatopsychischen Wahnideen und die Halluzinationen des Gefühls, Geruchs und Geschmacks; 3. Symptome, die dem Wesen des Alkoholikers direkt widersprechen, alberne Verschrobenheiten und Geziertheiten, inadäquate Gefühlsausbrüche, stuporöse Haltungen, Mutazismus, Nahrungsverweigerung und Negativismen, vor allem mißtrauische Verschlossenheit, Neigung zur Dissimulation von Wahnideen und Halluzinationen, dagegen keine Neigung zur Dissimulation der Trunksucht und zufällig vorhandener Gedächtnislücken. Trinkerheilstätten und Abstinenzvereine reichen zur Behandlung solcher kombinierten Psychosen nicht aus, solche Kranke gehören in Irrenanstalten. Alkoholismus der Aszendenz

spielt bei diesen kombinierten Psychosen eine große Rolle. Für die Verhütung der Dementia praecox ist eine vernünftige Zuchtwahl und die Bekämpfung des Alkoholismus als Volkskrankheit wichtig; „die Erzeugung degenerierter Nachkommenschaft ist eventuell durch operative Sterilisierung oder durch künstlichen Abort zu verhindern. Frauen von unheilbaren Trinkern müssen auf die Notwendigkeit einer Konzeptionsverhinderung aufmerksam gemacht werden."

Nach *Suchanow* (57) findet man unter den Alkoholikern viele Personen, die an Psychasthenie leiden. Psychasthenie betrachtet der Verfasser als einen angeborenen Zustand eigenartiger neuro-psychischer Organisation. Die Psychastheniker fühlen ursprünglich keinen Drang zum Alkohol, sie werden gewöhnlich von der Umgebung zum Genuß von Spirituosen angehalten. Da aber subjektiv äußerst lästige Symptome der Psychasthenie im Zustande des leichten Rausches gemildert werden oder sogar für kurze Zeit verschwinden, so entsteht die Verlockung, öfter zu diesem Mittel zu greifen. Die Entstehung des chronischen Alkoholismus ist daher leicht begreiflich. In sehr vielen Fällen entwickelt sich danach Dipsomanie, die aber Verfasser durchaus nicht mit der sogenannten periodischen Psychose identifiziert wissen möchte. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Drenkhan* (14) fand, daß die Alkoholerkrankungen in der Armee sehr abgenommen haben. Ihre Zahl ist von 1873/74 bis 1905/06 auf ein Fünftel zurückgegangen. Dagegen ist die Zahl der Geisteskranken und Nervösen um 7 mal größer geworden. Die Schlußfolgerung, mit der Einschränkung des Alkoholmißbrauches müßten auch die Schädigungen des Nervensystems abgenommen haben, ist also für die Armee nicht richtig. *Dr.* will nun nicht dem Alkohol das Wort reden, ihn aber von ärztlichem Standpunkte aus auch nicht ohne weiteres verdammen und meint, daß vielfach neurasthenische Sonderlinge, die auf ihre Leidensgenossen, d. h. neurasthenisch Veranlagte, einen gewaltigen Einfluß haben, eine übertriebene Alkoholfurcht züchten und zu einer übertriebenen Sorge für die Erhaltung der Gesundheit, zu einer unzuträglichen Selbstbeobachtung und damit zu Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie Veranlassung geben.

*Chainowsky* (9) bearbeitet die in den Jahren 1887 bis 1907 in der Baseler Psychiatrischen Klinik beobachteten 311 Fälle von Delirium tremens nach der klinischen und statistischen Seite hin; es sind 286 Männer und 25 Frauen. Pneumonie fand sich als auslösende Ursache in 8%, ebenso Trauma. In der Haft erkrankten 51 = 16%, doch konnte in keinem Falle mit Sicherheit die erzwungene Abstinenz als auslösende Ursache angesehen werden. Albuminurie kam bei 55% der Fälle vor. Die Mortalität betrug 7,4%, Pneumonie machte über 30% der Todesursachen aus. Von 132 Fällen, deren Hereditätsverhältnisse untersucht wurden, waren 100 direkt oder indirekt durch Trunksucht der Eltern oder sonstiger Familienmitglieder erblich belastet.

Aus dem Frederiksberg-Hospital in Kopenhagen berichtet *Möller* (38), daß seit 6 Jahren die Deliranten mit Veronal behandelt werden. Sie erhalten sofort nach der Aufnahme 1 g Veronal, und wenn, was selten geschieht, kein Schlaf eintritt, nach 3 Stunden nochmals 1 g. In der Regel stellt sich dann schnell Schlaf für 6—12 Stunden ein, und der Kranke ist beim Erwachen klar und ruhig. Noch bestehender Tremor schwindet nach weiteren 0,5 g Veronal und bei Schlaflosigkeit



wird noch abends 0,5 g gegeben. Sollten die 2 g nicht volle Wirkung haben, so kann nach 5—6 Stunden ganz gut noch 1 g gegeben werden. *M.* hatte unter den von ihm der Veröffentlichung zugrunde gelegten 100 Patienten nur 3 Mißerfolge, in denen das Delirium unbeeinflußt fortdauerte, und nur 2 Todesfälle durch doppelseitige Pneumonie bzw. hochgradigen Schwächezustand bei der Einlieferung.

Der Aıbeiter, über den *Schönfeld* (54) berichtet, erkrankte am dritten Tage nach einer Verletzung des Unterschenkels an Deliririum tremens, beruhigte sich aber bald und befand sich wieder ganz wohl. Zwei Tage später brachte ihm seine Frau eine Flasche Schnaps, die er austrank, und das wiederholte sich am folgenden Tage. Bald darauf brach abermals das Delirium aus, das in der Nacht zum tödlichen Kollaps führte. Das Schiedsgericht sowohl wie das Reichsversicherungsamt schlossen sich der Ansicht der Ärzte an, daß der erste Anfall des Delirium als mittelbare Folge des Unfalls, der zweite Anfall, der den Tod herbeiführte, aber als eine Folge des übermäßigen Alkoholgenusses an den folgenden Tagen anzusehen war, daß also der Tod nicht auf die Verletzungen des Beines unmittelbar oder mittelbar zurückzuführen war.

*Allers* (1) untersuchte histologisch 4 Fälle von Delirium tremens und 1 Fall von protrahiertem alkoholischen Delir. Er fand nicht nur den bereits von *Kürbitz* beschriebenen Markscheidenzerfall im Kleinhirn, besonders im Wurm, sondern auch einen sehr ausgesprochenen derartigen Zerfall in den Fasermassen, die in den globus pallidus eintreten. Die Fibrillenbilder aus der Großhirnrinde zeigten nichts Charakteristisches, dagegen wiesen die Purkinjezellen eine bei Kontrollfällen (akute Verwirrtheit, senile Verwirrtheit, Dementia praecox und Hysterie) nicht vorhandene Veränderung auf; ihr Kern war dunkel, das Zellinnere mit zackigen Krümeln erfüllt, die anscheinend aus dem Zelleib hervorragten, die Zellfortsätze waren fibrillenarm, manchmal von Schollen erfüllt, der perizelluläre Korb bestand aus dicken, knotigen Fibrillen.

*Pachantoni* (42) teilt zwei Fälle mit, in denen eine im Traum entstandene Gedankenkonstellation (Mitmachen der Beerdigung eines Bruders und einer Hochzeit bzw. Sehen der Angehörigen mit einem Sarge) im Anfange eines Deliriums als Realität ins wache Leben aufgenommen wird und den Inhalt des deliranten Zustandes zum Teil ausmacht. Diese dem Traum entstammenden Wahnideen zeigten eine große Nachhaltigkeit und beherrschten das ganze Krankheitsbild im Gegensatz zu den schnell wechselnden und verblassenden Wahnideen halluzinatorischen oder konfabulatorischen Ursprungs.

Die Eifersuchtsideen der Alkoholisten entstehen nach *Vigouroux* (62) entweder aus Träumen, die anfangs nur als etwas Unangenehmes empfunden werden, dann aber vorübergehend als Halluzinationen auch nach dem Aufwachen nachwirken und bei Männern mit mißtrauischer Veranlagung zu dauernden Wahnvorstellungen Veranlassung geben, oder sie entwickeln sich auf dem Boden von Störungen der Genitalfunktion, Abnahme der libido und der Potenz, die durch vermeintlich verändertes Benehmen der Frau erklärt werden. Für letztere Entwicklungsart führt *V.* zwei Beobachtungen an und glaubt, daß in solchen Fällen eine Psychotherapie und, falls eine organische Grundlage für die Genitalstörungen vorhanden ist, eine gegen diese gerichtete Behandlung von Erfolg ist.





Bei der Begutachtung eines wegen Körperverletzung und Widerstandsleistung verurteilten früheren Offiziers, der degenerativ veranlagt war, konnte *Weber* (64) bei drei Alkoholversuchen (90 bzw. 120 g Rum in Gestalt von Grog, das dritte Mal 150 g Alkohol in Gestalt von Sekt und Burgunder, jedesmal in 1½ Stunden) wohl ausgesprochene Rauschzustände, nicht aber einen als pathologischen Rausch zu bezeichnenden Zustand erzeugen.

*Schenk* (52), der die rein periodische Trunksucht als angeboren, die Dipsomanen als „periodische" Menschen ansieht, will die Dipsomanie, die auch nach ihm keine Form des chronischen Alkoholsimus ist, nicht als eine Erscheinungsform der Epilepsie ansehen. Die einzige Analogie kann er nur in der Periodizität finden: Dipsomanie ist eine bestimmte Art periodischer Geistesstörung, die Epilepsie eine bestimmte Art periodischer Nervenstörung.

Gegenüber *Näcke*, der den Nachweis der Zeugung im Rausche für äußerst schwierig zu erbringen und deshalb ihre verderbliche Wirkung für die Nachkommenschaft für zweifelhaft hält, betont *Hoppe* (28), daß es nicht auf den psychischen Zustand des Rausches, sondern auf die Quantität des von der zeugenden Person vorher aufgenommenen Alkohols ankommt und daß doch zahlreiche Momente für die verderbliche Wirkung der Zeugung unter Alkoholwirkung sprechen. So die Beobachtungen von *Bourneville* an idiotischen und epileptischen Kindern, die Untersuchungen *Bezzolas* und *Franks* über die Beziehungen zwischen der Zeugung schwachsinniger Kinder mit den Zeiten vermehrten Alkoholgenusses und ferner die Tatsache, daß der aufgenommene Alkohol sehr schnell in die Geschlechtsdrüsen übergeht.

Auch *Holitscher* (27) widerspricht der *Näckeschen* Auffassung, daß die Schädlichkeit der Zeugung im Rausche für die Nachkommenschaft mehr ein Schlagwort als eine bewiesene Tatsache sei. Er schließt aus drei sicheren Fällen, in denen vor und nach dem betreffenden im Rausche ausgeübten Koitus stets antikonzeptionelle Vorsichtsmaßregeln angewandt wurden, daß die Zeugung im Rausche eine Minderwertigkeit der Frucht verursachen könne. In einem Falle war das Kind hydrozephalisch und imbezill, im andern lagen Rhachitis, Skrophulose, Sprech- und Gehstörungen vor, und im dritten starb das Kind an eklamptischen Anfällen.

*Hoisholt* (26) bespricht das Thema: Selbstmord und Alkohol. Trotz verbesserter Lebenshaltung und Arbeiterschutzgesetze steigt die Zahl der Selbstmorde viel schneller als sie der Bevölkerungszunahme entsprechen würde. In Rußland nahm die Bevölkerung von 1860 bis 1886 um 8% zu, die Zahl der Selbstmorde um 76%; in Sachsen 1836 bis 1840 auf 100 000 Einwohner 15,8 Selbstmorde, 1877: 39,1. Im Jahre 1880 war die Zahl der Selbstmorde in St. Francisco dreimal so groß wie in New-York und 4½mal so groß wie in Philadelphia, und zwar auf 100 000 Einwohner 1890: 23,7, 1900: 49,9, 1904: 72,6. Unter den amerikanischen Negern wächst die Zahl der Selbstmorde mit dem Alkoholverbrauch. *Ponomarew* und *Hübner* fanden in St. Petersburg 114 Alkoholiker unter 298 Selbstmördern. Die Beobachtung von 734 Geisteskranken im Stockton Hospital ergab: erfolglose Selbstmordversuche bei Alkoholikern zweimal mehr als bei allen andern Geisteskranken, und unter 4 Alkoholikern macht einer einen Selbstmordversuch, dabei beträgt die Zahl der Alkoholiker unter den Geisteskranken 18,8%. Dabei sind die Alkoholiker bei der Tat selbst feige, nur 12% erreichen nach *Sullivans*



ihr Ziel. Mittel gegen Selbstmord sind erstens bessere moralische Erziehung der Jugend, zweitens müßte die Presse in den Berichten zurückhaltender sein. Denn der Chirurg *Charles Bell* erzählt z. B., daß er seinem Barbier beim Rasieren erklärte, welche Fehler ein Mann, den er eben verbunden habe, bei einem Selbstmordversuche machte; der Barbier geht in einen Nebenraum und schneidet sich kunstgerecht die Kehle durch. Statt wie bisher den Alkoholverbrecher einzusperren, wobei immer schwere Mißgriffe vorkommen, wenn ernsthafte Geisteskrankheiten unter dem Bilde der Alkoholpsychosen verlaufen, wäre es besser, dem Alkoholiker in Heilstätten die Willenskraft zu stärken. Sonst versucht er doch immer wieder den Selbstmord. In Stockton brachte es einer bis auf 7 Versuche, die dem Staate 1200 M. Unkosten verursachten. (*Werner*-Grafenberg.)

*Tuwim* (61) geht von der Ansicht aus, daß das Verlangen der Alkoholiker nach immer weiteren Alkoholmengen ganz besonders durch die Depression erzeugt werde, welche dem durch Alkoholgenuß hervorgerufenen Exzitationsstadium zu folgen pflegt. Der Alkoholiker sucht nach Mitteln, um diese Depression zu beseitigen. Könnte man es bewerkstelligen, daß diese Depression ausbliebe und die Erregung durch den Alkohol noch gesteigert würde, so müßte sich beim Alkoholiker ein Streben nach Ruhe und ein Widerwille gegen den erregenden Alkohol einstellen. Als solches Mittel wandte Verfasser Atropin an, das die Patienten, ohne daß sie davon wußten, in großen Dosen in den Speisen und Getränken beigemischt erhielten, und erzielte damit sehr befriedigende Resultate. Verfasser betont die Unschädlichkeit des Atropins für chronische Alkoholiker. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Moeli* (37) erörtert lückenlos und prägnant die Behandlung der akuten und chronischen Alkoholvergiftungen, wobei er der Prophylaxe den gebührenden Raum gewährt. Man kann sich aus der Abhandlung rasch ein Bild von dem derzeitigen Stande der Alkoholforschungen, der Bekämpfung des Alkoholismus und der kurativen Behandlung der Alkoholvergiftungen machen.

*Lilienstein* (33) erblickt mit Recht in der Schaffung einer abstinenten Umgebung das wirksamste Mittel gegenüber der Erkrankung an Trunksucht und ihrer Rezidive. Der Alkoholismus ist eine Erkrankung vorzugsweise des Proletariats, ihm wird im Vergleich zu anderen Volkskrankheiten von Behörden und Publikum zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Zur Heilung des Einzelnen dient Besserung der sozialen Lage, der Ernährung und Wohnungsverhältnisse, ferner Ablenkung und geistige Beschäftigung, individuelle Anwendung von medikamentöser, suggestiver und hypnotischer Behandlung.

Die wichtigste Aufgabe bei der Bekämpfung des Alkoholismus fällt, wie *Weber* (65) ausführt, der Prophylaxe zu, die sich bei Jugendlichen, bei endogen Veranlagten und bei den durch exogene Schädlichkeiten (Anämie, Phthise, Infektion, zu lange fortgesetzte therapeutische Anwendung alkoholischer Getränke) Prädisponierten erfolgreich betätigen kann. Die Behandlung der Trunksucht hat die beiden Aufgaben: den Kranken zur freiwilligen Abstinenz zu erziehen und die durch die chronische Alkoholvergiftung entstandenen körperlichen und psychischen Veränderungen zu behandeln und möglichst zu heilen. Dazu ist die Behandlung in einer geeigneten Anstalt erforderlich.



*Keniston* (31) berechnet den Prozentsatz der Alkoholiker unter den Geisteskranken auf 10 bis 12% und schlägt vor: 1. Alkoholiker sollen gesetzlich für mindestens ein Jahr zur Arbeit gezwungen werden können, im Wiederholungsfalle Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, 2. Geld- und Gefängnisstrafen für den Verkauf von Alkohol an frühere Anstaltsinsassen, 3. im Interesse Aller Errichtung von Trinkerheilstätten. (*Werner*-Grafenberg.)

*Ganser* (22) bringt in seinem in dem wissenschaftlichen Kursus zur Erforschung der Alkoholfrage in Chemnitz gehaltenen Vortrage das für den Laien Wissenswerte über die Einwirkung des Alkohols auf die Psyche, wobei er richtigerweise besonders eingehend die Rauschzustände und die Trunksucht als krankhaften Zustand behandelt.

*Haeseler* (24) erwähnt zur Alkoholfrage die Antialkoholvereine in Deutschland, die annähernd 28 000 organisierte Enthaltsame zählen gegen 7 Millionen in England. Die neueste Etappe in der Antialkoholbewegung sind die Fürsorgestellen für Alkoholkranke, in Deutschland zurzeit 36. *H.* fordert, daß der Arzt nicht nur ein Berater solcher Fürsorgestellen sein, sondern an ihrer Spitze stehen müßte.

*Schenk* (50 u. 51) macht sich durch ständige Sammelreferate über die Alkoholfrage verdient, die einen raschen Überblick über die einschlägigen Veröffentlichungen ermöglichen.

## c) Korsakoffsche Psychose.

*Horwitz* (29) bespricht eingehend die Beziehungen des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes zur Polyneuritis und anderweitigen ätiologischen Grundlagen und berichtet über 2 Fälle, deren erster auf dem Boden des Alkoholismus entstand und mit Polyneuritis einherging, während der andere Kranke, der keine neuritischen Erscheinungen darbot, kein Alkoholist war, aber an Vitium cordis und Nephritis litt.

*Dupain* und *Lerat* (15) beschrieben einen Fall von *Korsakoff*scher Psychose bei einer 40 jährigen Potatrix, bei dem der Nachweis von Lymphozytose in der Zerebrospinalflüssigkeit bemerkenswert war.

*Choroschko* (10) sah bei einer 40 jährigen Russin, die täglich 3/4 Flasche Wein und mehr getrunken und bis zu 50 Zigaretten geraucht hatte, nach einer akuten Gastroenteritis eine charakteristische *K.*sche Psychose mit starker Ausprägung der polyneuritischen Symptome auftreten. Außerdem zeigte sich aber eine bisher bei polyneuritischen Psychosen noch nicht beobachtete hyperkinetische Störung, die sich in beständigen klonischen Zuckungen der Halsmuskulatur mit Beugen und Drehen des Kopfes äußerte und wohl von einer bestimmten Lokalisation des Krankheitsprozesses, wahrscheinlich in den subkortikalen Zentren und Verbindungsbahnen, dem verlängerten Mark und dem Kleinhirn abhängig sein dürfte.

*K.*sche Psychose bei Polyneuritis und Hyperemesis ist als Ausdruck einer Schwangerschaftstoxikose nicht unbekannt. *Semon* (55) fand in einem solchen Falle gleichzeitig das Bestehen einer Infektion der Harnwege mit Bacterium coli und sieht in ihr die Grundursache der Krankheit, die sich ja auch bei verschiedenen andern Intoxikationen (Alkohol, Blei, Arsen, Kohlenoxyd sowie Stoffwechseltoxine) und Infektionen (Diphtherie, Typhus, Influenza) entwickelt.

*Meyer* (36) stellte im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg zwei Kranke mit *K.*schem Syndrom vor. Bei dem einen lag chronischer Alkoholismus vor, und auffallenderweise ergab sich anfangs bei Lumbalpunktion starke Trübung des Liquor bei Zusatz von Ammoniumsulfat (*Nonne*s Phase I) und stärkere Trübung mit Magnesiumsulfat ohne Lymphozytose und bei negativer *Wassermann*scher Reaktion. Die *Nonne*sche Phase I ist bei Alkoholismus bisher noch nicht beobachtet worden. Der zweite Fall betraf das erst selten beschriebene Auftreten des *K.*schen Syndroms drei Wochen nach CO-Vergiftung, also einer sogenannten intervallären Psychose. Die Krankheit besserte sich, kam aber nicht zur vollständigen Genesung.

Die 31 jährige Patientin *Haymanns* (25), die seit 7 Jahren infolge Morphiumverordnung gegen Trigeminusneuralgie Morphinistin war und schließlich gegen $1^1/_2$ g Morphium täglich injizierte, erkrankte plötzlich an Polyneuritis und dann während der Morphiumabstinenz an einer Psychose, die dem *K.*schen Symptomenkomplex vollständig entsprach und in 14 Tagen abklang. Schon vor der Entziehung waren Sinnestäuschungen festgestellt worden. Hysterisch-degenerative Züge waren nach Schwinden der turbulantesten Erscheinungen der Psychose deutlich erkennbar. Überhaupt scheint ein guter Teil der Morphiumabstinenzerscheinungen seinen eigentlichen Mutterboden in der Hysterie bzw. allgemeiner in der psychopathischen Konstitution zu haben. Die Pupillenträgheit, die *Haymann* für eine Teilerscheinung der Polyneuritis ansprechen möchte, zeigte die Eigentümlichkeit, daß die Lichtreaktion um so träger wurde, je mehr Zeit seit der letzten Injektion verflossen war, und daß wenige Minuten nach einer neuen Injektion die Reaktion wieder besser, vollständig prompt wurde. *Haymann* schließt aus seinem Falle: 1. „Es gibt eine in der Morphiumabstinenz auftretende Polyneuritis, die mit der alkoholistischen die größte Ähnlichkeit zeigt. Vielleicht ist auch ein Teil der sonst bei Morphinismus und Morphiumabstinenz beobachteten Erscheinungen neuritischer Natur. 2. Mit der Polyneuritis kann sich, wie sonst, so auch, wenn sie auf morphinistischer Basis entstanden ist, eine Psychose charakteristischer Färbung, eben der polyneuritische Symptomenkomplex (*Korsakoff*) verbinden. Da körperliche und psychische Symptome in ihrer Gesamtheit dem Bilde der progressiven Paralyse außerordentlich ähneln können, so dürfte für diese Fälle die Bezeichnung einer morphinistischen Pseudoparalyse angebracht sein."

Die Behauptung *Kalberlahs*, die akuten traumatischen Psychosen, die Kommotionspsychosen trügen den Charakter und die Färbung der *K.*schen Psychose, wird durch den an einem 50 jährigen alkoholabstinenten Neurastheniker von *Aronsohn* (2) beobachteten Falle bestätigt, der die wesentlichen Merkmale des *K.*schen Symptomenkomplexes darbot und sich unmittelbar an einen Eisenbahnunfall mit Hirnerschütterung und mehrstündiger Bewußtlosigkeit angeschlossen hatte. *Aronsohn* glaubt nach seinen und andern Beobachtungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß je weniger die Hirnerschütterung durch große Blutungen, Herderscheinungen oder schwere Schädelbrüche kompliziert ist, desto deutlicher bei der nachfolgenden Psychose das Bild des *K.*schen Symptomenkomplexes angetroffen wird.

*Morstatt* (39) machte seine Untersuchungen über Auffassung und Merkfähigkeit für einmalige optische und akustische Eindrücke an drei Kranken, zwei Männern



mit ausgesprochener polyneuritischer Psychose und einer Frau, die trotz des anfänglich der *K*.schen Psychose klinisch durchaus ähnlichen Bildes paralytisch war. Die Auffassung blieb bei allen dreien, besonders beträchtlich bei der Paralytischen unter der Norm, letztere zeigte auch im Gegensatz zu den andern eine schlechte Aufmerksamkeit. Bei den beiden *Korsakoff*-Fällen war die Merkfähigkeit in der optischen Sphäre schlechter als in der akustischen, bei der Paralytischen zeigte der akustische Versuch sehr niedrige Werte. Perseverationsneigung war bei den *Korsakoff*-Kranken, auch bei dem einen in der Rekonvaleszenz befindlichen Manne, der durchaus nicht geistig stumpf erschien, sehr stark, bei der Paralytischen nicht besonders ausgeprägt.

### d) Morphium.

In einem Vortrag auf der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte am 22. Mai will *Fürer* (21) den Morphinismus praktisch nicht als eine Krankheit, sondern lediglich als ein Krankheitssymptom betrachtet wissen, da nach seiner Erfahrung für die Entwicklung der chronischen Intoxikation das Bestehen eines wenn auch nur leichten nervösen Erschöpfungszustandes Vorbedingung ist, die bei der Entziehung auftretenden Störungen sind nach ihm lediglich ein Manifestwerden der nervösen Erschöpfung; er betrachtet solche Symptome nicht als Abstinenzerscheinungen, sobald sie auch bei andern rein nervösen Umständen als funktionelle Störungen beobachtet werden. „Das Verschwinden dieser Symptome durch Morphiumzufuhr kann kein Kriterium ihres Wesens sein, da auch die einfachen funktionellen nervösen Störungen durch Morphium beseitigt werden."

Im Anschluß an die Besprechung eines Falles von Affektion der sensiblen Wurzeln des Rückenmarks, wo die Darreichung von Morphium zusammen mit Skopolamin die schwersten Schmerzanfälle günstig beeinflußte, während Morphium allein vorerst in steigenden Dosen gegeben werden mußte, ohne volle Linderung zu bringen, befürwortet *Friedländer* (19) die gleichzeitige Darreichung der beiden Mittel besonders in den Fällen, die mit Reizerscheinungen seitens des Zentralnervensystems einhergehen und bei allen Fällen, die längere Zeit an großen Schmerzen leiden und das Auftreten des sekundären Morphinismus befürchten lassen. Letzterer kann vielleicht mit dadurch bekämpft werden, daß die Dosis Morphium allmählich verringert, die des Skopolamins ab und zu erhöht wird. „Die Anwendung der Kombination Morphium-Skopolamin wird den sekundären Morphinismus sicherlich seltener machen."

Auf Grund seiner Beobachtungen bei Tabikern kommt *Ostankow* (41) zu folgenden Schlüssen: Morphium und andere Derivate des Opium (Heroin) können bei chronischem Gebrauche bei Tabikern echte gastrische Krisen hervorrufen, die mit einer Erhöhung der Temperatur und Verminderung der abgesonderten Urinmenge einhergehen; das letztere beobachtet man auch bei tabischen Krisen ohne Morphiumgebrauch, und man kann daraus auf einen toxischen Ursprung der gastrischen Krisen im allgemeinen schließen. Morphium und ebenso alle antineuralgischen Mittel (Antipyrin, Phenazetin, Aspirin usw.) unterdrücken zwar die Anfälle auf kurze Zeit, bedingen aber nachher ihre häufigere Wiederkehr und



verstärkte Intensität beim nächsten Anfalle; daher soll man die chronische Anwendung dieser Mittel vermeiden.

## e) Andere Gifte.

*Clérambault* (11) beschreibt in einer noch nicht vollständig veröffentlichten Arbeit zwei Fälle von Chloraldelirien bei einer degenerierten Frau, die früher Morphinistin war, und bei einem Manne, der schon einmal ein Chloraldelirium durchgemacht hatte. Am meisten geht *Cl.* auf die eigentümlichen Sinnestäuschungen ein, die sehr an die bei Kokainismus erinnern (Sehen von kleinen Tieren, von dekorativen Bildern und von kinematographisch ablaufenden Szenen sowie Paraesthesien), aber sich bei näherer Betrachtung doch von ihnen unterscheiden. Auffallend war das Zurücktreten der Gesichtshalluzinationen in der Dunkelheit und stärkeres Auftreten bei Licht.

*Weyert* (66) zählt die in der Literatur zu findenden Fälle von Trionalvergiftung auf und berichtet über einen 29 jährigen, leicht erblich belasteten Kaufmann, der vor 3 Jahren eine Kopfverletzung erlitten, 5 Monate später infolge mißlicher Verhältnisse einen Selbstmordversuch durch Einnehmen von 50 g Opiumtinktur gemacht hatte und der wegen frischer Lues mit Stomatitis in der dermatologischen Klinik behandelt wurde. Nach Einnehmen von 2 g Trional wegen Schlaflosigkeit am Abend und nach ruhiger Nacht trat am andern Nachmittage ein Verwirrtheitszustand von einigen Stunden Dauer auf, mit nachheriger Amnesie, der nach einem mehrere Stunden dauernden spontanen Schlafe völlig verschwand. In der psychiatrischen Klinik wurde, um die Diagnose der Trionalvergiftung zu sichern, 4 Tage später abends nochmals eine Dosis von 2 g Trional gegeben; auch diesmal trat nach einigen Stunden Schlafes ein kurzdauernder Erregungszustand mit völliger Amnesie auf. Bezeichnend waren die Begleiterscheinungen: der Kopfschmerz, die Schwerbesinnlichkeit, das Gefühl von Schwindel, von Wiegen und Herabgleiten von einem Berge, die Erschwerung koordinierter Bewegungen. Hämatoporphyrin konnte im Urin nicht nachgewiesen werden.

*Federschmidt* (17) berichtet von einem Ehepaare, das durch Kohlendunsteinatmung während der Nacht Vergiftungserscheinungen darbot. Die Ehefrau hatte Kopfschmerzen, ein brennendes Gefühl in der Haut des Gesichts, Schwindel und Erbrechen für einige Tage. Der Ehemann, der vor einem Jahre eine Psychose durchgemacht und am Abend vorher ein Glas Bier getrunken hatte, war 4 Stunden nach dem Zubettgehen ganz betäubt und geriet, als die Fenster geöffnet wurden, in eine tobsüchtige Erregung, schrie, schlug um sich, drohte und schien Sinnestäuschungen zu haben. Nach 3 Stunden war er wieder bei klarem Bewußtsein.

*Schmey* (53) erwähnt einen Fall von Glyzerinsucht bei einem 20 jährigen Menschen, der gegen nervöse Beschwerden seit einem Vierteljahr Glyzerin zu sich nahm, zunächst täglich 100 g, dann mehr, bis er seit etwa einem Monat täglich 1 kg trank. Nach diesen größeren Dosen hatte er immer Schwere im Kopfe und mußte sich zu Bette legen. Er klagte über Mattigkeit und Stumpfsinn. Im Gegensatz zu früher war er aufbrausend und heftig, und er suchte sich das Geld für Glyzerin durch List oder durch Entwenden von den Seinigen zu verschaffen. Eine Behandlung lehnte er ab.

*Frotscher* (20) führt 4 Fälle von Epilepsie mit sekundärem Schwachsinn, aus der Anstalt von Weilmünster, an, in denen eine Bleivergiftung mit Sicherheit oder wenigstens mit großer Wahrscheinlichkeit als Ursache der Epilepsie anzusehen ist.

*Baudouin* und *Chaslin* (4) beschreiben ausführlich einen Fall von Influenzapsychose bei einer 41 jährigen Frau, der hauptsächlich deshalb erwähnenswert ist, weil trotz Halluzinationen und traumhaften Delirien keine eigentliche Verwirrtheit vorlag, vielmehr die Orientierung erhalten blieb, weil ferner die Delirien einen religiösen Charakter hatten, entsprechend der frömmelnden Richtung der Patientin, und weil nach der Genesung vollständige Amnesie für die ganze Influenzaperiode bestehen blieb.

*Fornaca* (18) kommt auf Grund seiner Untersuchungen über Malaria zu dem Resultate, daß die Blutplättchen, die sich bei Malaria leicht und für längere Zeit färben, während des Schüttelfrostes und mehr noch während des Fiebers an Zahl vermindern und sich beim Sinken der Temperatur und besonders während des postfebrilen Schweißes vermehren, und daß sich ihre Zahl unter Chininbehandlung entsprechend der Höhe der Dosis des Mittels vermehrt.

*Ceni* (8) bestätigt durch neue Versuche seine frühere Angabe, daß die als Erreger der Pellagra anzusehenden Pilze in den verschiedenen Jahreszeiten verschiedene Toxizität besitzen, die größte im Frühjahr und im Herbst, die geringste im Winter und im Sommer. Die Temperaturunterschiede genügen nicht, diese Erscheinung zu erklären.

*Austregesilo* und *Gotuzzo* (3) beobachteten im Hospicio Nacional zu Rio di Janeiro drei Fälle von Geistesstörung bei Ankylostomiasis, die heftigere Symptome darboten, als sie gewöhnlich bei Wurmkrankheiten als Veränderungen im Charakter, im Appetit und Geschmack vorkommen. Es waren im ersten Falle Mißtrauen, hypochondrische Gedanken und Vergiftungsideen, im zweiten Gedächtnisschwäche, religiöse Schwärmerei und kindischer Größenwahn, im dritten Verwirrtheit. Nach kurzer, antihelminthischer Behandlung schwanden die psychischen Symptome rasch und vollständig. Die Verfasser erklären die Psychosen, für die eine Degeneration als prädisponierendes Moment anzusehen war, aus Vergiftung und Erschöpfung herbeigeführt durch die Ankylostomiasis.

---

## 5. Organische Psychosen.

Ref.: Matusch, Sachsenberg.

1. *d'Abundo, G.*, Sintomatologia tabetica con iperpsicrestesia consecutiva a ferita da punta del midollo spinale. Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia. vol. II. fasc. 1., Gennaio 1909. (S. 238*.)
2. *Alt, K.*, Behandlungsversuche mit Arsenophenylglyzin bei Paralytikern. Münch. med. Wschr. Nr. 29, 1909. (S. 220*.)



3. *Anton*, *G.*, Allgemeiner Bericht über 22 Gehirnoperationen mittels Balkenstiches. Med. Klin., Nr. 48, 1909. (S. 230*.)
4. *Anton*, Über Selbstheilungsvorgänge bei Gehirngeschwülsten. Münch. med. Wschr. Nr. 17, 1909. (S. 230*.)
5. *Ayer*, *J. B.*, and *Aitken*, *H. F.*, A report on the circulation of the lobar ganglia. Boston medical and surgical journal volume CLX, No. 18, May 6, 1909. (S. 238*.)
6. *Balint*, Seelenlähmung des Sehens optische, Ataxie, räumliche Störung der Aufmerksamkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 51. (S. 236*.)
7. *Barnes*, *F. M.*, Metabolism in general paralysis: An examination of the urine, blood and cerebrospinal fluid. American journal of insanity, October 1909. (S. 216*.)
8. *Bechterew*, *W. v.*, Über die Lokalisation der motorischen Apraxie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, H. 1. (S. 235*.)
9. *Becker*, *W. H.*, Hypergeusia senilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. (*Ziehen*) Bd. XXVI, H. 6, Dezember 1909. (S. 223*.)
10. *Becker*, *W. H.*, Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Psyche und des Rückenmarks. Eine psychiatrisch-neurologische Studie. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 1. (S. 229*.)
11. *Behr*, Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Histopathologie der progressiven Paralyse. S. d. Ztschr. Bd. 66, S. 496.
12. *Behrenroth*, Über einen Fall von Glioma cerebri und Myelitis transversa. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 81. (S. 227*.)
13. *Benon*, *R.*, Les ictus amnésiques dans les démences „organiques“. Annales médico-psychologiques, Mars-Avril, 1909. (S. 229*.)
14. *Bornstein*, Die chemische Zusammensetzung des Blutes bei progressiver Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 160. (S. 215*.)
15. *Boulenger*, Un cas d'atrophie du cervelet. 1909. Genf, van der Haegen. (S. 231*.)
16. *Brodmann*, *K.*, Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues. Leipzig 1909. Verlag von Joh. Ambr. Barth. (S. 236*.)
17. *Browning*, *S.*, *H.* and *McKenzie*, *I.*, On the *Wassermann* reaction, and especially its significance in relation to general paralysis. Journal of mental science 1909, no. 230, p. 437. (S. 221*.)



18. *Buchholz*, Über einen eigenartigen Fall von Aphasie. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten Bd. IX, H. 13, Juli 1909. (S. 234*.)

19. *Buck*, Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Hirngeschwülsten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., S. 193 (S. 224*.)

20. *Bundschuh*, *E.*, Ein Fall von angeborener einseitiger Augenmuskellähmung, zugleich ein Beitrag zu den Eigentümlichkeiten des Faserverlaufs im Zentral-Nervensystem, besonders der Pyramidenbahn. Inaug.-Diss., Würzburg 1909. (S. 219*.)

21. *Butenko*, *A. A.*, Das A*badie*sche Symptom bei progressiver Paralyse. Ssowremennaja Psychiatria 1909. IX. (russisch). (S. 220*.)

22. *Bychowski*, Beiträge zur Nosographie der Apraxie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 1. (S. 235*.)

23. *Calligaris*, *G.*, Intorno la topografia dei disturbi sensitivi nella siringomielia. A proposito di un caso di siringomielia a tipo scapolo-omerale. Rivista Neuropatologica, vol. II, num. 10—11. (S. 238*.)

24. *Campbell*, *C.*, Störungen der Merkfähigkeit und fehlendes Krankheitsgefühl bei einem Fall von Stirnhirntumor. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Ergänzungsheft. (S. 227*.)

25. *Catòla*, *Ginnio*, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Balkengeschwülste. Neurol. Zentralbl., S. 114. (S. 227*.)

26. *Chotzen*, *F.*, Zur Symptomatologie der Gehirnzystizerkose (Zystizerkenmeningitis und Zystizerken des 4. Ventrikels). Neurol. Zentralbl., Nr. 13, 1909. (S. 224*.)

27. *Cramer*, *A.*, Die nervösen und psychischen Störungen bei Arteriosklerose. Referat, erstattet auf dem XVI. Internationalen medizinischen Kongreß in Budapest. Deutsche med. Wschr., Nr. 37, 1909. (S. 222*.)

28. *Dahl*, *W.*, Über jugendliche progressive Paralyse. Inaug.-Diss.. Würzburg 1909. (S. 218*.)

29. *Donath*, *J.*, Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nuklein-Injektionen. Vorgetragen auf dem XVI. internationalen medizinischen Kongreß zu Budapest. Wien. klin. Wschr. Nr. 38, 1909. (S. 221*.)

30. *Eichelberg*, *F.*, Die Serumreaktionen auf Lues, mit besonderer Be-





rücksichtigung ihrer praktischen Verwertbarkeit für die Diagnostik der Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. 36. Bd., 18. März 1909. (S. 214*.)
31. *Fankhauser*, Zur pathologischen Anatomie der Dementia senilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 122. (S. 223*.)
32. *Fischer*, *O.*, Über die Wirkung des Nukleins auf den Verlauf der progressiven Paralyse. (Vortrag gehalten in der biologischen Sektion des „Lotos" in Prag am 18. Mai 1909.) Prager med. Wschr. XXXIV, Nr. 29, S. 401, 1909. (S. 221*.)
33. *Flesch*, *J.*, Progressive Paralyse eines 13jährigen Mädchens. Wien. med. Wschr., Nr. 4, 1909. (S. 218*.)
34. *Flesch*, *J.*, Zur Symptomatologie intra- und extramedullärer Tumoren. Wien. med. Wschr., Nr. 16, 1909. (S. 238*.)
35. *Flesch*, *J.*, Tumor der Schädelbasis extrakraniellen Ursprunges. Wien. klin. Wschr. XXII. Jahrg., Nr. 4, 1909. (S. 230*.)
36. *Formanek*, *F.*, Zur Kasuistik der Hypophysengangsgeschwülste. Wien. klin. Wschr. XXII. Jahrg., Nr. 17, 1909. (S. 228*.)
37. *Fornaca*, *G.*, Le psicosi consecutive alla commozione cerebrale. (Studio clinico e contributo anatomo-patologico.) Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, anno XXXVII, fasc. I—II, 1909. (S. 224*.)
38. *Forster* und *Gregor*, Über die Zusammengänge von psychischen Funktionen bei der progressiven Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Ergänzungsheft. (S. 220*.)
39. *Frank*, *E.*, Über die organische Hemiplegie eines jungen Mädchens nach psychischem Trauma. Berl. klin. Wschr., Nr. 25, 1909. (S. 229*.)
40. *Frankl-Hochwart*, Die Diagnose der Zirbeldrüsentumoren. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., S. 455. (S. 228*.)
41. *Franz*, *S. J.*, Sensations following nerve division I. The pressure-like sensations. Journal of comparative neurology and psychology, vol. XIX, Nr. 1, April 1909. (S. 238*.)
42. *Franz*, *S. J.*, The knee-jerk in paresis. American journal of insanity, vol. LXV, Nr. 3. January 1909. (S. 220*.)
43. *Frotscher* u. *Becker*, Ein kasuistischer Beitrag zur Diagnose der Hirnsyphilome. Berl. klin. Wschr. Nr. 29, 1909. (S. 230*.)
44. *Glasow*, Beitrag zur Kasuistik der Hirngeschwülste. Arch. f. Psych. Bd. 45, H. 1. (S. 226*.)





45. *Goldstein*, *K.*, Der mikroskopische Hirnbefund in einem Falle von linksseitiger motorischer Apraxie. Neurol. Zentralbl., S. 898. (S. 235*.)

46. *Goldstein*, *K.*, Zur Frage der zerebralen Sensibilitätsstörungen von spinalem Typus. Neurol. Zentralbl., Nr. 3, 1909. (S. 238*.)

47. *Groz*, *Daniel*, Mikrogyrie und Balkenmangel im menschlichen Gehirn. Arch. f. Psych., S. 605. (S. 228*.)

48. *Hagl*, *J.*, Gibt es ursächliche Beziehungen zwischen Neuritis optici und Halsmarkerkrankungen? Inaug.-Diss. Würzburg 1909. (S. 229*.)

49. *Halben*, *R.*, Infantile Tabes resp. Taboparalyse bei einem 10jährigen Mädchen. Deutsche med. Wschr., Nr. 25, 1909. (S. 218*.)

50. *Hampe*, *J.*, Beitrag zur Psychopathologie der progressiven Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Ergänzungsheft. (S. 220* .)

51. *Heilbronner*, Zur Rückbildung der sensorischen Aphasie. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 2. (S. 234*)

52. *Herrmann*, Paralytiker-Kinder. Münch. med. Wschr., Nr. 20, 1909. (S. 218*.)

53. *Hoppe*, *F.*, Befunde von Tumoren oder Zystizerken im Gehirne Geisteskranker. Mntschr. f. Psych. u. Neurol., XXV. Bd. (Erg.-H.) (S. 225*.)

54. *Hublé*, *M.*, et *Pigache*, *R.*, Séquelles nerveuses de l'insolation et du coup de chaleur. Monographies médico-psychologiques, 1909. (S. 224*.)

55. *Jacobsohn*, *L.*, Über die Kerne des menschlichen Hirnstammes (der Medulla oblongata, des Pons und des Pedunculus). Vorläufige Mitteilung. Neurol. Zentralbl., Nr. 13, 1909. (S. 239*.)

56. *Jacobsohn*, *L.*, Zur Frage der sogenannten motorischen Aphasie. Ztschr. f. exp. Path. u. Therapie, 6. Bd., 1909. (S. 233*.)

57. *Jauregg*, *Wagner*, *v.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse. Wien. med. Wschr., Nr. 37, 1909. (S. 221*.)

58. *Joffroy*, *A.*, et *Mignot*, *R.*, Les symptomes psychiques de second ordre dans la paralysie générale. Extrait du livre de *M. M. Joffroy* et *Mignot* sur la paralysie générale, à paraître prochainement. Encyclopédie scientifique. Rev. de psych. et de psychol. expérimentale. 5e Série. 13e année. Tome XIII, Nr. 6, Juin 1909. (S. 220*.)



59. *Klien, H.*, Zur Bewertung der *Porges*schen Reaktion für die Diagnose der progressiven Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. (Erg.-H.). (S. 216*.)

60. *Kölpin, O.*, Multiple Papillome (Adeno-Karzinome) des Gehirns. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 2. (S. 226*.)

61. *Krajca, Clementine*, Progressive Paralyse und Gefäßerkrankungen. Inaug.-Diss. Würzburg 1909. (S. 217*.)

62. *Krol*, Zur Pathologie der *Broca*schen Aphasie. *Korsakoffs* Journal 1909, H. 3/4, S. 451. (S. 232*.)

63. *Ladame, Ch.*, Les lésions anatomiques des maladies mentales. Habilitation. Publication de l'encéphale, journal de neurologie et de psychiatrie. 1909. (S. 237*.)

64. *Ladame, Ch.*, Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. Rev. suisse des accidants du travail, Nov. (S.237*.)

65. *Landsberger, Fr.*, Paralyse und Unfall; ein kritischer Beitrag. Inaug.-Diss. Göttingen 1909. (S. 213*.)

66. *Lehmann*, Trauma und Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXVI, H. 4. (S. 213*.)

67. *Lesser, F.*, Weitere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis. Deutsche med. Wschr., Nr. 9, 1909. (S. 214*.)

68. *Levi, E.*, Persistenza del canale cranio-faringèo in due cranii di acromegalici: significato ed importanza di questo nuovo reperto in rapporto alla patogenesi dell' acromegalia e delle sindromi ipofisarie in genere. Rivista Critica di Clinica Medica. Anno X. Firenze 1909. (S. 228*.)

69. *Liepmann*, Zum Stande der Aphasiefrage. Neurol. Zentralbl., S. 449. (S. 232*.)

70. *Liepmann, H.*, und *Quensel, F.*, Ein neuer Fall von motorischer Aphasie mit anatomischem Befund. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXVI, H. 3. (S. 234*.)

71. *Mahaim, M.*, Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie. Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique. 27 février 1909. (S. 233*.)

72. *McDowall, C.*, Conjugal general paralysis. Journal of mental science. April 1909. (S. 218*.)

73. *Meyer, E.*, Zur Untersuchung der Liquor cerebrospinalis. Neurol. Zentralbl., S. 402. (S. 218*.)

74. *Meyer, E.*, Zur Kenntnis der konjugalen und familiären syphi-





logenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 3. (S. 218*.)

75. *Meyer*, *E.*, Dementia paralytica (Lues cerebrospinalis?) in der Gravidität (zur Differentialdiagnose von in der Gravidität auftretenden Krämpfen). Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XXIX, H. 4. (S. 219*.)

76. *Mickle*, *W. J.*, Note on general paralysis. Journal of mental science. April 1909. (S. 220*.)

77. *Mignot*, *R.*, Notes sur le développement physique des paralytiques généraux. Revue de Médecine. Vingt-neuvième année, No. 3, 10 Mars 1909. (S. 219*.)

78. *Miyake*, *K.*, Beitrag zur Kasuistik der Paralysis progressiva im Kindesalter (Schluß.). Neurologia, Zentralbl. f. Neurol., Psych., Psychol. u. verwandte Wissenschaften Bd. VIII, H. 2, Tokio, Mai 1909. (S. 217*.)

79. *Monakow*, *v.*, Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Großhirn. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 12, 1909. (S. 231*.)

80. *Monakow*, *C. v.*, Lokalisationsprinzipien in der Aphasiefrage. Neurol. Kongreß in Amsterdam 1907. (S. 231*.)

81. *Monakow*, *C. v.*, Allgemeine Betrachtungen über die Lokalisation der motorischen Aphasie. Deutsche med. Wschr., Nr. 37 u. 38, 1909. (S. 231*.)

82. *Motte*, *W. de la*, Luesnachweis durch Farbenreaktion. St. Jürgen Asyl f. Geistes- u. Nervenkr. zu Ellen (Bremen), Direktor: *Delbrück*. (S. 215*.)

83. *Muggia*, *G.*, Sopra un tumore dei lobi frontali e del Corpo calloso, con particolare considerazione di disturbi della memoria. Rivista Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia, vol. II, fasc. 6. (S. 228*.)

84. *Näcke*, P., Die Gehirnoberfläche von Paralytischen. (Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen mit einem Vorworte von Flechsig, Leipzig.) Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1909. (S. 212*.)

85. *Oeconomakis*, Über Taenia pontis. Neurol. Zentralbl., Nr. 12, 1909. (S. 239*.)

86. *Oppenheim*, *G.*, Über „drusige Nekrosen" in der Großhirnrinde. Neurol. Zentralbl., Nr. 8, 1909. (S. 223*.)



87. *Peritz*, *G.*, Über das Verhältnis von Lues, Tabes und Paralyse zum Lezithin. Ztschr. f. experimentelle Pathol. u. Therapie 5. Bd. (S. 216*.)

88. *Pfeifer*, *B.*, Über residuäre Hemiplegie mit seltenen klonischen Phänomenen. Mtschr. f. Psychiatrie und Neurol. Bd. XXV. (S. 229*.)

89. *Pick*, *A.*, Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose und kritische Erörterung ihrer Pathogenese. Nerven- u. Geisteskrankh. (*Hoche*), VIII. Bd., H. 8, 1909. (S. 222*.)

90. *Pighini*, *G.*, La colesterina nel liquido cefalorachidiano dei paralitici, e sua partecipazione alla reazione di *Wassermann*. Riforma Medica, anno XXV, num. 3. (S. 215*.)

91. *Pighini*, *G.*, Cholestérine et Réaction de *Wassermann*. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., S. 775. (S. 215*.)

92. *Pilcz*, *A.*, Über die Behandlung der progressiven Paralyse durch den Hausarzt. Wien. med. Wschr., Nr. 29, 1909. (S. 221*.)

93. *Plate*, *E.*, 4 Fälle von kongenitaler Wortblindheit in einer Familie. Münch. med. Wschr., Nr. 35, 1909. (S. 229*.)

94. *Plaut*, *F.*, und *Fischer*, *O.*, Die Lues-Paralyse-Frage. S. diese Ztschr. Bd. 66, S. 340.

95. *Plaut*, *F.*, Die *Wassermann*sche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Jena 1909. (S. 213*.)

96. *Pöppel*, *M.*, Haben Geisteskranke andere Schädel als Nicht-Geisteskranke? Inaug.-Diss., Würzburg 1908. (S. 230*.)

97. *Quensel*, *F.*, Der Symptomenkomplex der sogenannten transkortikalen motorischen Aphasie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Ergänzungsheft. (S. 233*.)

98. *Régis*, *E.*, Paralysie générale juvénile. L'Encéphale, No. 2, février 1909. (S. 217*.)

99. *Robertson*, *W. F.* and *Brown*, *R. D.*, The bacteriology of the cerebrospinal fluid in general paralysis of the insane. (With four figures.) Review of Neurology and Psychiatry, January 1909. (S. 216*.)

100. *Robertson*, *W. F.*, The experimental production of general paralysis. Journal of mental science. October 1909. (S. 216*.)

101. *Rühle*, Ein Fall von Hirntumor bei Paralyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Neue Folge 20. Bd. 1909. (S. 219*.)





102. *Rydlewski, C.*, Über Psychosen bei Tabes dorsalis. Inaug.-Diss., Greifswald 1909. (S. 220*.)

103. *Sarteschi, U.*, Contributo all' istologia patologica della presbiofrenia. Rivista sperimentale di freniatria. (S. 223*.)

104. *Savagnone, Ettore*, Contributo alla conoscenza della fine struttura dell' Ipofisi. Rivista Italiana di Neuropatologia, Psychiatria ed Elettroterapia. Vol. II, fasc. 8. Gennaio 1909. (S. 228*.)

105. *Schaefer, P.*, Über die familiären und konjugalen Fälle von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis. Berlin 1909. (60 S.) (S. 218*.)

106. *Schob, F.*, Beiträge zur Zystizerkenmeningitis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Ergänzungsheft. (S. 225*.)

107. *Schukow, N. A.*, Die Wirkung von Lezithin bei progressiver Paralyse. Ssowremennaja psychiatria, 1909, IX. (russisch). (S. 222*.)

108. *Schuster, P.*, Beitrag zur Kenntnis der Alexie und verwandter Störungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 349. (S. 235*.)

109. *Schütz, O.*, Beitrag zur Kenntnis der metastatischen diffusen Sarkomatose der Hirnhäute. Mntschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXV, H. 2. (S. 226*.)

110. *Schütz, O.*, Zur pathologischen Anatomie der Nervenzellen und Neurofibrillen. (Auszugsweise vorgetragen auf der mitteldeutschen Psychiaterversammlung in Halle a. S. am 25. Okt. 1908.) Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXVI. (S. 239*.)

111. *Siemerling, E.*, Rückenmarkserkrankung und Psychose bei perniziöser Anämie. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 2. (S. 238*.)

112. *Sippel, O.*, Zur Ätiologie der Exostosen und Osteome am Schädel. Inaug.-Diss. Würzburg 1909. (S. 230*.)

113. *Spielmeyer*, Über experimentelle Schlafkrankheit. Deutsche med. Wschr., Nr. 51. (S. 237*.)

114. *Sprenger, F.*, Ein Fall von doppelseitiger chronischer progressiver Ophthalmoplegie bei Tabo-Paralyse. Inaug.-Diss. Kiel 1909. (S. 219*.)

115. *Subow, J.*, Lezithinbehandlung in Fällen von progressiver Paralyse und Tabes. Obosrenje psychiatrii, 1909, Nr. 3 (russisch). (S. 222*.)

116. *Szécsi, S.*, Beitrag zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Sclerosis multiplex und Lues cerebrospinalis auf Grund



der zytologischen und chemischen Untersuchung der Lumbalflüssigkeit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXVI, S. 352. (S. 215*.)

117. *Szécsi*, Sclerosis multiplex nach Gonorrhoe. Klin. therap. Wschr., Nr. 27. (S. 237*.)

118. *Thomsen*, *R.*, Über die Bedeutung der progressiven Paralyse für die allgemeine Praxis. Med. Klin., V. Jahrg., 1909, H. 4. (S. 212*.)

119. *Todde*, *C.*, Sul valore del modo di precipitare della sostanza nervosa sotto forma reticolare e sulla resistenza delle neurofibrille. Rivista sperimentale di freniatria, Bd. 35, S. 2/3. (S. 239*.)

120. *Todde*, *C.*, Ulteriori ricerche sulle alterazioni del reticolo neurofibrillare endocellulare da trauma sperimentale. Estratto dal Bollettino della Società tra i Cultori delle Scienze Med. e Nat. Cagliari 1908. (S. 239*.)

121. *Trapet*, *A.*, Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. 45, H. 2. (S. 217*.)

122. *Trendelenburg*, *W.*, *Bumke*, *O.*, Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Wege der Pupillenfasern des Sympathikus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLVII. Jahrg., 1909. (Neue Folge VII. Bd.) November. (S. 239*.)

123. *Tschisch*, *W. v.*, Die im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen. (S. 223*.)

124. *Vigouroux*, *A.*, et *Naudascher*, *G.*, Des lésions circonscrites dans la paralysie générale. Etude anatomo-clinique. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. 5º Série, 13e Année, Tome XIII, Mai 1909, Nr. 5. (S. 219*.)

125. *Völsch*, Über einen Fall von ependymärem Gliom des IV. Ventrikels. Neurol. Zentralbl., S. 123. (S. 227*.)

126. *Weber*, *L. W.*, Arteriosklerotische Verstimmungszustände. Münchener med. Wschr., Nr. 30, 1909. (S. 223*.)

127. *Wendenburg*, Ein Tumor des rechten Hinterhauptslappens mit ungewöhnlichen klinischen Begleiterscheinungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol., S. 428. (S. 226*.)

128. *Weiss*, *Jam.*, Über die Infiltration der Hirngefäße bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., S. 134. (S. 217*.)





129. *Weyert*, Schädeltrauma und Gehirnverletzung. Münch. med. Wschr., Nr. 13, 1909. (S. 224*.)
130. *Weygandt*, *W.*, Über Begutachtung im Falle von Trauma und Paralyse. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten, Bd. IX, H. 14. (S. 213*.)
131. *Williams*, *A.*, The importance of early diagnosis of tabes and cerebro-spinal lues. The archives of diagnosis. New York, Juli 1909. (S. 212*.)
132. *Williamson*, *G. S.*, The bacillus paralyticans. Journal of mental science. October 1909. (S. 217*.)
133. *Williamson*, *G. S.*, The cerebro-spinal fluid in general paralysis and the nervous lues. Journal of mental science. October 1909. (S. 216*.)
134. *Zaloziecki*, *A.*, Zur klinischen Bewertung der serodiagnostischen Luesreaktion nach *Wassermann* in der Psychiatrie, nebst Bemerkungen zu den Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Erg.-H. (S. 215*.)

## a) Dementia paralytica.

Ein Vortrag von *Thomsen* (118) über die Bedeutung der progressiven Paralyse für die allgemeine Praxis gibt mehr als dem Titel entspricht. Er entwirft dem Praktiker unter sehr klarer Hervorhebung des Wesentlichen ein übersichtliches Bild der Verlaufsarten und diagnostischen Merkmale der Paralyse, ihre Ursachen, wobei das Trauma nicht unbedingt abgelehnt wird, und ihre Unterscheidung von scheinbar ähnlichen Krankheitsbildern verschiedenen Charakters und verschiedener Prognose. Schmierkur und Jodpräparate empfiehlt *Th.* nur da, wo die Diagnose zweifelhaft ist oder wo *Wassermann* positiv ausfällt, Jod insbesondere bei arteriosklerotischen Formen.

*Williams* (131) stellt die Frühsymptome von Tabes und Zerebrospinallues) zusammen.

*Näcke* (84) legt Zeichnungen von Paralytikergehirnen in natürlicher Größe vor und weist aus ihnen wie aus einer tabellarischen Gegenüberstellung von Anomalien der Oberfläche paralytischer und nicht-paralytischer Gehirne nach, daß gewisse, ein abnormes Wachstum bezeichnende Anomalien bei Paralytikern häufiger, bzw. nur bei Paralytikern vorkommen. Es komme wie bei andern Bildungsanomalien nicht auf die Qualität, sondern auf die Quantität an, und vorsichtigerweise sei zu vermeiden, jede seltene Anomalie der Furchen- und Windungsanordnung als Stigma anzusehen. Solche fanden sich auch in den verglichenen 15 Normalgehirnen. *N.* erklärt das damit, daß diese aus Krankenhauspatienten stammenden Gehirne sicherlich Minderwertigen angehört hätten. Bei Paralytikern müsse man



eine spezifische Minderwertigkeit in der Anlage annehmen, die sich durch Syphilis, aber auch andere Ursachen zur Paralyse entwickelte.

*Flechsig* betont in seinem *N.*s Werk einleitenden Vorwort den Wert objektiver Abbildungen für das Studium der hyper- und hypotrophischen Oberflächengestaltung, in denen Anlage und Wachstum der Leitungsbahnen zum Ausdruck kommt.

Die Frage, welche Rolle dem Trauma bei der Entstehung der Paralyse zukommt, behandelt *Weygandt* (130). Als ausschließliche Ursache könne das Trauma nach dem heutigen Standpunkte nicht gelten, unter Würdigung der Umstände des Unfalls, des Zustandes vorher und nachher könne es in bestimmten Fällen als mögliche Ursache der Auslösung in Betracht kommen; die Möglichkeit der Verschlimmerung durch Trauma liegt wesentlich näher. Zu dem im ganzen ablehnenden Standpunkte bemerkt *W.* treffend: Der Unfallsverletzte ist hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Beurteilung ein Kind seiner Zeit und in gewissem Grade ein Opfer seiner Zeit. Die Zukunftsaussicht, daß in 10 Jahren die Wissenschaft anders urteilen könne, dürfe nicht zu vorläufig unbeweisbaren Behauptungen verführen.

*W.* nimmt in seinem Vortrage Bezug auf die Untersuchungen *Lehmanns* (66) des Friedrichsberger Paralytikermaterials, bei denen ein Trauma irgendwie ätiologisch in Betracht kam. 145 Fälle werden kurz besprochen, ein sicherer Fall von rein traumatischer Paralyse fand sich darunter nicht. Lues war in 68,2% anamnestisch wahrscheinlich, bei den mit den neuesten Methoden untersuchten Fällen in 100%.

*Landsberger* (65) kommt in seiner Dissertation, der er den Untertitel: ein kritischer Beitrag gibt, zu ähnlichem Resultate wie *Weygandt*, nur öfter auf Wegen, auf denen man ihm nicht folgen kann. Unter anderem erklärt er den Beweis der Syphilisherkunft der Paralyse für nicht erbracht, „denn wenn unter 100 Paralytikern 100 mal Syphilis gefunden wurde, so wäre damit nichts bewiesen, das kann sich ganz zufällig gefügt haben.“

In seinem gründlichen und glänzend geschriebenen Buch über die *Wassermann*sche Serodiagnostik gibt *Plaut* (95) zunächst einen Überblick über die Entwicklung und das noch nicht befriedigend erklärte Wesen der Reaktion, bespricht die Brauchbarkeit der verschiedenen Methoden in der Praxis, von denen sich die ursprüngliche *Wassermann*sche Versuchsanordnung schließlich dennoch am besten bewährt habe, und geht nach Bemerkungen zur Technik der Methode und Prüfung der gegen die Methode erhobenen Einwände zu der wichtigsten Aufgabe über, die Erfahrungen darzulegen, die in der Klinik, insbesondere auf dem Gebiete der Psychiatrie, mit der Serodiagnostik gemacht sind. In den Fällen von Syphilis ohne Komplikation seitens des Zentralnervensystems mit Ausschluß der hereditären Syphilis reagierte die Spinalflüssigkeit überall negativ, unabhängig vom Verhalten des Serums, aus den Befunden bei Paralyse entnimmt *P.* die Berechtigung zu der Auffassung, daß das Paralytikerserum stets positiv reagiert und der negative Blutbefund Paralyse ausschließt. Befund des Serums und der Spinalflüssigkeit gehen bei Paralyse in der Regel parallel, doch ist anscheinend die Blutreaktion sicherer und regelmäßiger nachweisbar als die Liquorreaktion. Wo die letztere fehlte, war die Diagnose der Paralyse von vornherein unsicher oder der Krankheitsverlauf ungewöhnlich schleppend und remittierend. Das frühzeitige Erscheinen beider Reaktionen macht sie



für die Frühdiagnose verwendbar und für die Entscheidung, ob es sich bei paralyseähnlichen Krankheiten wie posttraumatische Demenz, alkoholistische Psychosen u. a. um Paralyse handelt oder nicht. Die Lues cerebri hebt sich dadurch, daß Liquor in der Regel negativ, Serum positiv reagiert, in deutlicher Weise serologisch von der Paralyse ab und stimmt im wesentlichen überein mit florider Syphilis ohne Beteiligung des Zentralnervensystems, sie nimmt somit in ihrer Reaktion keine Sonderstellung ein, wie die Paralyse. Hereditäre Lues zeigt das gleiche Verhalten wie erworbene, sie ergab sogar recht intensive Reaktion, und die juvenile Paralyse unterscheidet sich in der Reaktion nicht von der Erwachsener, der Befund vermag daher aufzuklären, welche Fälle jugendlichen Schwachsinns auf Lues zurückzuführen sind und welche der juvenilen Paralyse angehören. Die naheliegende Annahme, daß auch die Tabes sich der Reaktion gegenüber gleich verhalte wie die Paralyse, scheint zuzutreffen, doch genügt *Pl.* das Material noch nicht, um darin sicher zu sein. Sehr lehrreich ist die Beobachtung, daß Angehörige von Luetikern sich durch ihre Reaktion als Infizierte oder Infizierende erwiesen, ohne selbst Anhaltspunkte für Lues zu bieten. Deutlicher Einfluß von Schmierkuren auf die Reaktion der Paralytiker ließ sich im allgemeinen nicht erkennen. Im Schlußkapitel weist *Pl.* nach, daß der serologische und zytologische Befund bei Lues nicht parallel geht, bei Paralyse der serologisch positive Befund dem zytologischen vorausgehen kann, während bei Lues cerebrospinalis eher das Gegenteil eintritt.

Auch *Lesser* (67) hat bei Tabes nur in 50% positiven Serumbefund konstatiert, im Gegensatz zu konstant positivem bei Paralyse. Er hält deshalb die Tabes nur da für syphilitischen Ursprungs, wo nicht ein Trauma ursächlich in Betracht kommt, damit scheint indessen in Widerspruch zu stehen, daß er Tabes und Paralyse für syphilitische Erkrankungen in dem Sinne erklärt, daß sich ein syphilitischer Prozeß in den Meningen abspielt, der sekundär zur Degeneration von Nervenbahnen führt. Indessen legt *L.* das Hauptgewicht seiner Untersuchungen darauf, zu entscheiden: zeigt der positive Ausfall an, daß Lues bestanden hat oder daß sie noch besteht? Daß letzteres der Fall ist, geht daraus hervor, daß der Prozentsatz positiv reagierender Spätluetiker ohne Symptome und der anatomische Nachweis latenter Organsyphilis auffällig übereinstimmt, daß ein annähernd gleicher Prozentsatz der Syphilitiker später tabisch oder paralytisch oder aneurysmakrank wird, ferner, daß der positive Ausfall mit der Dauer der Syphilis in bestimmter Weise abnimmt und unter Quecksilberbehandlung schwindet. Von praktischer Bedeutung ist, daß Atoxyl das Schwinden nicht bewirkte, und Alkoholgenuß es verzögert. *L.* erzählt einen Fall, in welchem die Reaktion positiv ausfiel 8 Tage nach dem infizierenden Koitus, während die Primäraffektion erst wenige Wochen später erschien, die Exzision hat, wo er sie anwandte, den weiteren Verlauf nicht verhindert.

Hält *Lesser* die Serumdiagnostik für einen ausgezeichneten therapeutischen Wegweiser, so erklärt *Eichelberg* (30), daß die Reaktion keinen sicheren Anhalt dafür gibt, ob eine Lues ausgeheilt ist oder nicht, sie kommt daher für die Syphilistherapie praktisch nicht in Frage. Ihr diagnostischer Wert sei getrübt dadurch, daß sie bei verschiedenen andern Protozoenerkrankungen, bei Scharlach, Pneumonie, Typhus u. a. vorkomme, ein exakter Beweis der syphilitischen Herkunft der Para-



lyse und Tabes sei durch sie nicht erbracht, sie sei aber ein wertvolles Hilfsmittel für ihre Diagnose.

*Zaloziecki* (134) urteilt aus seinen Untersuchungen zurückhaltend, von 44 neueren Paralytikern gaben zwei negative Reaktion. Die positive Reaktion im Serum sei durch den paralytischen Prozeß bedingt, der negative Ausfall genüge in inzipienten Fällen nicht zur Diagnose, zur Lösung der Frage einer stationären Paralyse sei die Reaktion nicht berufen. Wie die Paralyse müsse auch die Tabes zu irgendeiner Zeit im Serum und vielleicht auch im Liquor positiv reagieren, die Reaktion könne noch nicht oder nicht mehr positiv ausfallen. Eingehend wird die noch nicht geklärte Frage der Beziehungen des Eiweiß- und Zellgehalts im Liquor zu dessen *Wassermann*-Reaktion behandelt und eine empfindliche Methode der Eiweißbestimmung beschrieben.

*Szécsi*s (116) Untersuchungen beziehen sich auf die Pleozytose, das Verhältnis der Lympho- und Leukozyten, die Größe der Zellen und auf den Eiweißgehalt nach der *Esbach-Nissl*schen und der *Nonne-Apelt*schen Methode, und erstrecken sich auf Dementia paralytica, multiple Sklerose, Lues zerebrospinalis, einige andere Gehirnkrankheiten und auf Gesunde. Die Pleozytose ist bei 100% der Paralyse stark positiv, die Zellen sind meist Lymphozyten von 3 bis 4 μ Größe, sie ist eines der konstantesten Frühsymptome und erscheint schon dann, wenn klinische Symptome noch kaum bestehen. Bei multipler Sklerose kann der Zellgehalt erhöht sein, meist ist er es nicht, bei Lues cerebralis verhält es sich umgekehrt, er ist meist erhöht und beide Zellarten sind im gleichen Verhältnis vorhanden. Gesunde zeigen keine Pleozytose. Auch der Eiweißgehalt ist bei Paralyse konstant und frühzeitig erhöht, Phase I der *Nonne-Apelt*schen Probe ist in 100% der Fälle positiv, bei Gesunden negativ, nahezu ebenso bei multipler Sklerose.

*Pighini* (90, 91) demonstriert in beiden Arbeiten die hohe Wahrscheinlichkeit, daß das Cholesterin, welches sich als ein pathologischer Bestandteil im Liquor bei Paralyse und schweren Fällen von Dementia praecox und Epilepsie findet und auch im Serum nachgewiesen werden kann, die aktive Substanz der *Wassermann*schen Reaktion sei. Auch die Leber normaler Föten enthält Cholesterin, die syphilitischer Föten aber in 10- bis 15 mal größerer Menge. In der ersten Arbeit ist auch Pellagra untersucht mit negativem Befunde.

Den von *Schürmann* (Deutsche Med. Wschr.) angegebenen Versuch, die *Wassermann*-Reaktion durch eine Modifikation der *Uffelmann*schen Milchsäurereaktion zu ersetzen, hat *de la Motte* (82) mit dem Ergebnis nachgeprüft, daß diese Farbenreaktion nicht verwertbar ist.

Die Frage, ob bei Paralyse mit den im Blute gefundenen serologischen auch chemische Veränderungen einhergehen, beantwortet *Bornstein* (14), daß sich schwache Abnahme der Blutalkaleszenz annehmen läßt. Soweit zwei Kontrollfälle ein Urteil gestatten, ist die Erscheinung nicht etwa der tertiären Lues des Zentralnervensystems zuzuschreiben. Da sich Zunahme organischer Säuren nicht nachweisen ließ, mußte für die Erklärung der verminderten Alkaleszenz die Untersuchung sich den Eiweißkörpern zuwenden. Hier fand sich allerdings deutliche Vermehrung des Fibrins in 2 von 6 Fällen. Weshalb nicht auch in allen, läßt sich vor der Hand nicht beantworten.



*Kliehn* (59) unterzieht die *Porges*sche Reaktion neuer Prüfung, insbesondere in der Richtung, die Beziehungen der Fällungsbreite zu ihrer diagnostischen Verwertbarkeit festzustellen. Die Resultate der Untersuchungen nach den Graden der angewandten Verdünnungen sind in einer — leider mikroskopisch klein gedruckten — Tabelle dargestellt. Erreicht die *Porges*sche Reaktion weder in ihrer Originalform noch mit den Verdünnungen die Prägnanz der *Wassermann*schen, so scheint doch die Reaktion mit $^1/_2$prozentigem Na. glycocholicum wenigstens den Vorteil zu haben, daß sie bei Kranken ohne Lues nicht eintritt, sie war in einem Falle sicherer Paralyse positiv, in dem die *Wassermann*-Reaktion negativ war. Ihr spätes Erscheinen im Verlauf der Paralyse macht sie für die Frühdiagnose nicht verwertbar. Dies gilt auch für die Verbreiterung der Fällungszone, die sich bei Paralyse feststellen ließ, und betrifft Serum wie Liquor.

*Peritz* (87) baut seine Theorie, daß Tabes und Paralyse auf einer Verarmung des Organismus an Lezithin beruht und daß die Luestoxine diese Verarmung bedingen, an weiteren Untersuchungen aus. Im Serum von Luetischen, Paralytischen und Tabischen findet sich der Lezithinspiegel gegen die Norm erhöht, zeitweise werden bei Paralyse und Tabes große Mengen Lezithin im Kote ausgeschieden, und bei ihnen ist vollständiger Schwund des Lezithins im Knochenmark zu konstatieren. Wahrscheinlich findet eine Bindung zwischen Lezithin und ablenkenden Substanzen statt, und der Ausfall der *Wassermann*-Reaktion ist abhängig von der Menge des vorhandenen Lezithins. Der negative Ausfall der Reaktion könne entweder bedeuten, daß keine ablenkenden Substanzen mehr im Serum kreisen oder daß es genügend Lezithin enthält, um die ablenkenden Substanzen abzusättigen.

*Williamson* (133) bringt Tabellen betreffend den Nachweis von Albumose, Nukleoprotein und Cholin, die Reaktionen nach *Wassermann*, *Noguchi* und *Porges-Meier* und die Schätzung des Zellgehaltes, des spezifischen Gewichts und der Reduktion *Fehling*scher Lösung in Liquor bei Paralyse und zerebrospinaler Lues.

*Barnes* (7) stellte Stoffwechseluntersuchungen am Urin, Blut und Liquor von 4 Paralytikern an, die unter „Milch- und Eidiät“ gehalten wurden. Die Einzelheiten eignen sich nicht zu kurzer Wiedergabe.

*Ford Robertson* kämpft weiter für seinen Bacillus paralyticans. In (100) beschreibt er Experimente an Ratten mit intraspinalen Injektionen von Kulturen aus Paralytikern und die paralysegleichen Erscheinungen, die sie erzeugten. In der Annahme, daß diese Bazillen erst durch den Kontakt mit Nervensubstanz eine Art Neurotoxin bilden, injizierte er Präparate des bac. paralyticans mit Hirnsubstanz und erzielte Symptome und Befunde wie beim paralytischen Anfall. Selbst eine Art *Wassermann*scher Reaktion fehlte nicht an den behandelten Tieren.

Gemeinsam mit *Brown* (99) untersuchte *R.* die Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern auf Anwesenheit von Bazillen des Typus Bac. paralyticans. In 4 von 20 Fällen wurden Bazillen gefunden, 3 vom Bac. brevis, 1 vom Bac. longus, noch weitere 8 wiesen diphtheroide Bazillen auf, 10 nicht paralytische Fälle waren negativ. Als Infektionsherd sehen *F.* und *B.* die Nasenrachenschleimhaut an und konstruieren weiter, daß die Schleimhaut durch Syphilis in den aufnahmefähigen Zustand versetzt werde.



Demgegenüber stellt *Williamson* (132) durch eingehende Untersuchungen fest, daß Bazillen, wie sie *Robertson* und *Rae* charakterisieren, zwar existieren und Krankheiten chronischen Verlaufs hervorrufen können, daß sie den opsonischen Index beeinflussen, einen Immunkörper bilden und als Antigen wirken können, aber im Körper weit verbreitet sind und wie andere Bazillen der Diphtheroidgruppe nur bei herabgesetzt m Widerstand überhandnehmen und sekundäre Infektion bewirken. Die Tatsache ihrer speziellen Neurotoxizität sei kein Beweis für ihre Spezifität für Paralyse.

Die Untersuchungen von *Weiss* (128) richten sich auf die Verteilung der Zellinfiltrate an den Gefäßen, ihre Beziehungen zu paralytischen Anfällen und auf das Verhalten des Pigments. Sie finden sich zahlreicher in der Rinde als im Mark und am stärksten in ihren mittleren Schichten, d. h. in den mittleren unregelmäßigen und großen Pyramidenzellenschichten und überwiegen in Zentral- und Frontalwindungen, während die Okzipitalwindungen die geringsten Infiltrate aufwiesen. Beziehungen zwischen der Ausbreitung und Stärke der Infiltrate und der Dauer der Krankheit ließen sich nicht feststellen, aber ein gewisser Zusammenhang mit paralytischen Anfällen. Pigment findet sich als Nebenbefund besonders in chronischen Fällen, eine Beziehung zu den Anfällen hat es nicht.

Die Dissertation von *Clementine Krajca* (61) weist in Zahlen den sehr hohen Prozentsatz von Herz-, Aorten- und Gefäßkrankheiten bei Paralytikern nach, darunter vie juvenile Paralysen, von denen drei klinisch Aortenerkrankung wahrscheinlich machten. Verf. hält dies für einen Beweis gegen die Theorie der Syphilis nervosa.

Einen Befund, der die originäre Minderwertigkeit jugendlicher Paralytiker erklären kann, liefert der Fall von *Trapet* (121), er betraf eine 18 jährige, die mit 15 Jahren paralytisch geworden war. Von besonderen klinischen Symptomen ist der plötzliche unmotivierte Stimmungswechsel und frühzeitige schwere motorische Störungen zu erwähnen, aus dem Gehirnbefunde die Ausbreitung der paralytischen Veränderungen über das ganze Gehirn, die lebhaften Infiltrationserscheinungen und das Hervortreten der Lymphozyten, namentlich aber eigenartiges Verhalten der *Purkinje*schen Zellen im Kleinhirn: vereinzelte Verlagerungen, Kernverdoppelung und Teilungsvorgänge bis zu vollkommener Verdoppelung, als deren Ursache die ererbte Lues anzusehen ist.

Der sehr eingehend beschriebene Fall eines jetzt 18 jährigen Paralytikers von *Régis* (98) zeigte den entwicklungshemmenden Einfluß der hereditären Lues nicht nur in allgemeinem Zurückbleiben, sondern auch in interessanten Einzelheiten: Defekte der Epiphysenknochen, mit der wahrscheinlich mehrfache Spontanfrakturen in der Kindheit in Beziehung standen (Röntgenbilder sind beigegeben), *Hutchinson*sche Zähne, vielleicht auch die paroxysmelle Hämoglobinurie, die bereits 4 Jahre vor der Paralyse auftrat. Zuletzt bestanden Symptome von Apraxie. *R.* macht auf das häufige Zusammentreffen von Lues und Tuberkulose in der Aszendenz der jugendlichen Paralytiker aufmerksam und die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Hebephrenie.

*Miyake* (78) schickte seiner japanischen Arbeit eine kurze Inhaltsangabe voran, aus der hervorgeht, daß die Paralyse des Falles vom 9. Jahre bis zum 12.



dauerte und früh mit Kleinhirnataxie einherging. Es fanden sich kolossale Wucherung der gliosen Bestandteile, vermehrte Spinnenzellen, Gliarasenbildung, perivaskuläre Infiltration, Kapillarneubildung und im Kleinhirn Schwund der *Purkinje*schen Zellen, herdförmige Gliakernwucherung in der Molekularschicht und Plasmazelleninfiltration. Auch an der grauen und weißen Substanz des Rückenmarkes fanden sich ausgedehnte Veränderungen. Sie erschienen durchweg in der Hirnrinde schwächer als im Kleinhirn und Rückenmark.

Aus *Mc. Dowalls* (72) Bericht über drei paralytische Ehepaare ist wenig Bemerkenswertes zu entnehmen. In allen Fällen fehlen Angaben, wann die Infektion des einen Gatten durch den andern erfolgt ist.

Der Fall einer Paralyse im 13. Lebensjahre, den *Flesch* (33) berichtet, zeichnete sich durch rasche Entwicklung der motorischen Zeichen der Paralyse aus und dadurch, daß anamnestisch keinerlei Lues zu ermitteln war, die serologische Untersuchung des Kranken aber stark positiven, die der Mutter schwach positiven Befund ergab.

*Halben* (49) konstatierte bei einem 10jährigen munteren Mädchen, das wegen Augentränen in seine Behandlung kam, licht- und konvergenzstarre Pupillen und Fehlen der Patellarreflexe. Das Mädchen war die Tochter eines Paralytikers und einer tabischen Mutter. Das serologische Ergebnis war zweifelhaft.

*Dahl* (28) liefert drei eigene Beobachtungen jugendlicher Paralyse und zieht das Fazit aus 270 gesammelten Fällen.

*Schaefer* (105) stellt die ihm aus der Literatur bekannten Fälle von familiärer Paralyse oder Tabes, von konsanguinaler (besser Geschwister-) Paralyse-Tabes und von konjugaler zusammen nebst eigenen Beobachtungen jeder Gruppe. Auch die Erkrankung der Deszendenz ist berücksichtigt und die Frage der Lues nervosa ablehnend erörtert. Für ihre Lösung wäre zunächst wichtig, eine Statistik über den Gesundheitszustand des Gatten jedes Paralytikers oder Tabikers zu besitzen. *E. Meyer* (74) hat von 50 erkrankten Männern 14mal die Ehefrauen untersuchen können, von 15 Frauen 4 Ehemänner. Die prägnantesten Fälle werden kurz geschildert. Es stehen im ganzen von 28 Fällen von Paralyse, Tabes, zerebraler Lues und ähnlichen Erkrankungen, Befunde von Ehegatten oder Konsanguinalen zu Gebote, von denen sich 8mal wahrscheinlich oder bestimmt ähnliche Erkrankung erkennen ließ, einige weitere Fälle waren verdächtig. Auch diese Statistik kann nur ungenügend sein, weil die Zeit der Beschreibung zu kurz ist. *Meyer* betont, daß die Fälle der Anschauung einer Lues nervosa günstig scheinen. Doch seien die Grundlagen noch zu unsicher.

*Herrmann* (52) ermittelt die Kinderzahl in 120 Ehen, in denen der eine Teil paralytisch war, 28 Ehen waren kinderlos, in 23 war ein Kind vorhanden, in 22 zwei Kinder, in 10 und 12 je drei und vier, in je 6 fünf und sieben, in 4 Ehen sechs, in 5 Ehen acht, 4 Ehen hatten neun bis elf Kinder. Aus Vergleichen mit gesunden Ehen ergibt sich, daß die Zahl der Geburten annähernd dieselbe ist, die Fehlgeburten bei Paralyseehen etwas häufiger, die kinderlose Ehe bedeutend häufiger. Von 124 untersuchten Kindern waren 66 normal, 6 mit körperlichen Fehlern behaftet, 52 schwächlich, rachitisch u. dgl., in psychischer Hinsicht boten 8 schwere Psychosen, 19 waren geistig zurückgeblieben, 35 von abnormem Charakter.



*E. Meyer* (75) berichtet einen Fall, in dem wegen Eklampsie die Schwangerschaft IV. ment) unterbrochen worden war und 1¼ Jahr später Krampfanfälle das Bild wahrscheinlicher Paralyse einleiteten, der wohl schon der erste Anfall angehörte.

*Bundschuhs* Dissertation (20) beschreibt sehr sorgfältig einen angeborenen Hirndefekt bei einer Paralytischen. Als Grund der angeborenen rechtsseitigen Okulomotoriuslähmung fand sich eine aus Neuroglia und Bindegewebe bestehende Narbe an der Peripherie des rechten Hirnschenkels. Auf diesen Herd ist der Untergang der meisten rechten Okulomotoriuswurzeln zurückzuführen, sowie die Atrophie ihrer Kerne und mittelbar durch Nichtgebrauch die schwache Entwicklung des Trochlearis und seines Kernes. Aber auch die ganze rechte Hälfte des Hirnstammes zeigte sich verkümmert, der rechte Hirnschenkelfuß stark verkleinert, die rechte Pyramidenbahn in der Brücke abnorm klein und verlagert, in der Höhe des vorderen Vierhügels zweigen vom rechten Hirnschenkelfuß Faserzüge ab, deren weiterer Verlauf beschrieben wird, ebenso ein abnormes Bündel von linken lateralen Haubenfeld, das sich später mit dem ersteren vereinigt. Starke Größenverschiedenheit wiesen Vorderstrangbündel, untere Olive, mediale Schleife, corpus restif. und hinteres Längsbündel auf. Als Nebenbefund fand sich ein kavernöses Hämangiom in der Brücke.

Daß diese Pyramidenbahnanomalie klinisch nicht die geringsten Erscheinungen gemacht hatte, ist teils durch auffallende Entwicklung des Kleinhirns als Zentralorgan der Koordination zu erklären, teils dadurch, daß offenbar ein Teil der Pyramidenfasern statt in der rechten in der linken Pyramidenbahn und im rechten Seitenstrang Platz gefunden haben. Alles dies deutet anf eine sehr frühe, wahrscheinlich fötale Erkrankung. Zeichnungen sind beigefügt.

*Mignot* (77) findet durch Vergleich von Paralytikern, Geisteskranken und Gesunden, daß sich die Paralytiker durch höheren Wuchs auszeichnen. Er erklärt das richtig dadurch, daß höher gewachsene Stände und Bevölkerungsgruppen das Hauptkontingent zur Paralyse stellen, weniger glücklich aber auch damit, daß sie durch Bevorzugung seitens des weiblichen Geschlechts der Syphilis mehr ausgesetzt seien.

*Vigouroux* und *Naudascher* (124) behandeln in einigen Fällen eigener Beobachtung die vor und im Verlauf der Paralyse vorkommenden Herderkrankungen, meist Erweichungsherde infolge syphilischer oder alkoholistischer (?) Gefäßentartung. In einem Falle bedingte multiple Lakunenbildung einer Hemisphäre Hemiparese. Ein Erweichungsherd im linken cornu Ammonis hatte keine Herdsymptome gemacht.

In der Dissertation von *Sprenger* (114) wird ein Fall von Paralyse mit Lähmung des rect. ext. und obliqu sup. rechts, des rect. sup. und int. links besprochen. Liquorbefund war positiv.

In dem Fall *Rühles* (101) ergab die Sektion eines Paralytikers ein Spindelzellensarkom von etwa 4 cm Durchmesser an der Basis des Stirnhirns, das von den weichen Hirnhäuten ausgehend die Gehirnsubstanz verdrängte. Interessant war, daß die paralytischen Infiltrationen der Pia in der Geschwulst vollkommen fehlten, auch die wenigen Gefäße der Geschwulst waren nicht infiltriert. Der Tumor



hatte im Leben des allerdings tief verblödeten Kranken keine Symptome gemacht. Zu erwähnen ist noch, daß die Frau des Kranken von ihm infiziert an Paralyse gestorben war.

Die Richtigstellung einer ihm zugeschriebenen Äußerung veranlaßt *Mickle* (76) dazu, seine Ansichten über psychische Erscheinungen der Paralyse darzulegen.

Die ziemlich breiten Ausführungen von *Joffroy* und *Mignot* (58) über Wahnvorstellungen und Halluzinationen der Paralytiker liest man ohne Gewinn.

*Franz* (42) studierte mit Hilfe eines konstruierten Apparates zur graphischen Darstellung die Patellarreflexe bei Paralyse. Zusammen mit anderweitigen Registrierungen findet er normalen Reflex in 24,6, erhöhten in 47,7, schwachen oder fehlenden in 28,1%. Die Lebensdauer nach Aufnahme ist für diese Klassen 20 (normal und erhöht) 19 (schwach) 13 (fehlend) Monate. Die antagonistische Muskeltätigkeit ist größer als die agonistische, die Dauer der Muskelkontraktion schwankt zwischen 0,1 und 0,6 Sekunde, die durchschnittliche Latenzzeit ist bei Erhöhung und Verminderung etwas länger als bei normalem Reflex und kann an den beiden Knien verschieden sein, ohne daß sich dafür eine Erklärung findet. Fußklonus verbindet sich nicht mit normalem oder fehlenden Reflex und Beziehungen zwischen dem Ausfall des Reflexes und dem psychischen Zustand bestehen nicht.

*Butenko* (21) stellte an Paralytikern Untersuchungen an über das Vorhandensein des ursprünglich von *Abadie* bei Tabetikern gefundenen Symptoms der Unempfindlichkeit der Archillessehne gegen Druck. Es stellte sich nun heraus, daß diese Erscheinung in 61% aller untersuchten Fälle von Paralyse vorhanden war, während in den anderen Psychosen (170 Fälle) nur 2,9% positive Ergebnisse lieferten. Es kommt demnach der Analgesie oder Hypalgesie der Achillessehne eine gewisse Bedeutung bei der Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und anderen Erkrankungen bei. (*Fleischmann*-Kiew.)

*Rydlewski* (102) bearbeitet in seiner Dissertation recht sorgfältig den Fall einer Psychose nach langjähriger Tabes (*Wassermann* positiv im Serum, negativ im Liquor) und erörtert die Frage, ob es eine spezifische Tabespsychose gebe und ob der Fall als eine solche aufzufassen ist.

*Förster* und *Gregor* (38) prüfen an Paralytikern die Frage, ob bei dem gleichen Prozesse die verschiedenen psychischen Funktionen in gleichem oder verschiedenem Grade geschädigt werden und ob die verschiedenen Individuen das Verhältnis der Störungen hinsichtlich ihrer Intensität gleich ist, weiter: ob zwischen den Leistungen intellektuell beeinträchtigter Individuen Zusammengänge vorhanden sind, in welcher Weise sich der Abfall der Leistungen gestaltet und ob die ungleichmäßige Schädigung psychischer Funktionen auch für alle Stadien der Erkrankung besteht. Zum Referat sind die eingehenden, durch zahlreiche Tabellen erklärten Untersuchungen nicht geeignet.

*Hampe* (50) kommt aus der Prüfung der psychischen Leistungen von Paralytikern zu dem Ergebnis, daß gerade die Fähigkeiten schwinden, die *Flechsig* seinem vorderen Assoziationszentrum zuspricht, was im Einklang steht mit der vorzugsweise im Vorderhirn sichtbaren Atrophie.

Das so prompt bei schlafkranken Tieren wirkende Arsenophenylglyzin hat *Alt* (2) bei Paralyse und Epilepsie geprüft. Von 31 Paralytikern mit positiver

*Wassermann*-Reaktion verloren 7 die Reaktion vollständig und bis auf einen dauernd, ebenso 4 von 6 Epileptikern, bei den meisten übrigen Behandelten wurde die Reaktion vorübergehend schwächer, bei einem Paralytiker, dessen Lezithinstoffwechsel beobachtet wurde, verlor sich die übermäßige Lezithinabgabe im Kot, bei einem anderen sank der Lezithingehalt des Blutes von 4% auf 1,8%. *Alt* hat bei den Paralytikern, auch bei denen mit unveränderter *W.*-Reaktion, rasche und auffällige Besserung, Gewichtszunahme und Hebung des Allgemeinbefindens gesehen und ein Epileptiker verlor mit der positiven *W.*-Reaktion auch die Anfälle. Die Reaktion verlor sich bei einigen schon 24 Stunden nach der Injektion, üble Folgen, außer fieberhaftem Exanthem in 3 Fällen, wurden nicht beobachtet. Es wurde bei Kräftigen je 1 g an zwei aufeinander folgenden Tagen intramuskulär injiziert.

*Wagner von Jauregg* (57) redet antiluetischer Kur bei beginnender Paralyse das Wort, auch in vorgeschrittenen Fällen scheint sie den Eintritt von Remissionen zu begünstigen. Er empfiehlt Beigabe von Schilddrüsensubstanz und lobt die Kombination von Quecksilber-Jodbehandlung mit Tuberkulininjektionen, die er in zweitägigen Intervallen in der Dosis bis 0,5 und mit 7—12maliger Wiederholung anwandte. Ob die Tuberkulinkur zweckmäßig der Quecksilberkur vor- oder nachgeht, müsse die Erfahrung ausweisen.

*Fischer* (32) hat Nukleininjektionen (1/2 g in 10%-Lösung jeden 3.—5. Tag) bei 22 Paralytikern in der Weise angewandt, daß jeder zweitaufgenommene Paralytiker so behandelt wurde, während jeder erstaufgenommene nicht injiziert wurde und als Kontrollfall diente. Bei 4 der 22 Behandelten wird erhebliche Besserung beschrieben, die bei den 22 Nichtbehandelten ausblieb.

Noch bessere Erfolge verzeichnet *Donath* (29) nach Injektion von 50—100 g einer 2%-Lösung von Natrium nucleinicum + Natr. Chlorat. in 5—7tägigen Intervallen. Von 21 Behandelten besserten sich 10 bis zur Erwerbsfähigkeit, 5 in minderem Grade, nur 6 blieben ungebessert. Die gewünschte Reaktion trat mit Fieber bis zu 40° und mit starker Vermehrung der Leukozyten ein.

Auch *A. Pilcz* (92) empfiehlt in seinen Ratschlägen für die hausärztliche Behandlung der Paralytiker die Kombination von Quecksilber-Jodkalium-Jodnatriumkur mit nachfolgender Tuberkulinkur (Alt-Tuberkulin 1, Glyzerin 4, Aq. dest. 5 Teile, anfangend mit 0,01 Tuberkulin zweitägig mit vorsichtiger Steigerung bis 0,5.)

Die Indikation zu einer Behandlung der Paralyse auf anderer Grundlage leiten *Browning* und *Mc. Kenzie* (17) her aus der anatomischen und histologischen Ähnlichkeit der Befunde bei syphilischen und parasyphilitischen Krankheiten und der Trypanosomenkrankheit, eine Ähnlichkeit, die sich auch darauf erstreckt, daß sich bei experimenteller Trypanosomiasis eine Serumveränderung gleich der *Wassermann*schen Reaktion nachweisen läßt. Die Unwirksamkeit spezifischer Behandlung der Paralyse könne auf besonderer, auch individueller Widerstandsfähigkeit des virus beruhen und auf Undurchlässigkeit der zerebrospinalen Membranen für die im Blute kreisenden immunisierenden Substanzen. Bei Schlafkrankheit ist nachgewiesen, daß das Jodkali des Blutstroms nicht in die Zerebrospinalflüssigkeit übertritt. Der aussichtsreiche Versuch, die Schlafkrankheit neben spezifischer Behandlung auch durch Injektionen des eigenen Blutserums in den



Zerebrospinalraum zu bekämpfen, rechtfertigt die Anwendung dieser kombinierten Behandlung auch bei Paralyse.

*Schukow* (107) versuchte die Lezithinbehandlung bei 40 Paralytikern in verschiedenen Stadien der Erkrankung durchzuführen. Er injizierte den Patienten jeden zweiten Tag 0,05 Lezithin, so daß der Kranke 12—30 Injektionen erhielt. Die Resultate waren keineswegs ermutigend. Nur in zwei Fällen, in denen es sich um Kranke im Initialstadium handelte, konnten Besserungen in somatischer — aber durchaus nicht in psychischer — Beziehung festgestellt werden.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Da *Peritz* bei Tabes Erfolge mit intramuskulären Lezithininjektionen erzielt und diese Erfolge auf die parasyphilitische Natur der Krankheit bezogen hatte, machte *Subow* (115) den Versuch, diese Injektionen auch bei Paralyse anzuwenden. Der Erfolg war negativ. Dagegen erzielte auch *Subow* in einem Fall von Tabes weitgehende subjektive Besserung und eine Abnahme der Intensität des *Romberg*schen Symptoms. (*Fleischmann*-Kiew.)

## b) Präsenile und senile Psychosen.

Aus der Erwägung, daß das Studium der Initialerscheinungen einer der wichtigsten Wege zur Kenntnis der Prodromalerscheinungen und demnächst zur Prophylaxe ist, stellt sich *Pick* (89) die Aufgabe, an der Hand eingehender Besprechung verschiedener Initialerscheinungen der zerebralen Arteriosklerose ihre Pathogenese im Lichte der neueren Forschungen kritisch zu erörtern. So werden die transitorischen Herderscheinungen, die sensibeln und sensorischen Symptome, der Schwindel, die psychischen Veränderungen nach unserer jetzigen noch immer zu unvollkommenen Kenntnis der Anatomie und Physiologie der Gefäßversorgung des Gehirns beleuchtet. Der Einfluß der initialen Sklerose auf das Psychische drückt sich in folgendem Komplex aus: Gelegentlich rasch einsetzendes Versagen der geistig Schöpferischen, der Konzeptionsfähigkeit, Kopfschmerz, Gedächtnisschwäche, vor allem in beruflichen Dingen, rasche geistige, aber auch körperliche Ermüdbarkeit, Schwindel, Alkoholintoleranz, in einzelnen Fällen stärkere amnestische Erscheinungen und oft starkes Krankheitsgefühl. *P.* weist unter vielem Beachtenswerten auf den aus falschen Voraussetzungen und falscher Untersuchung stammenden Irrtum hin, diesen Symptomenkomplex nur beim geistig höher Stehenden zu suchen.

*Cramer* (27) beschäftigt sich in der Hauptsache mit den klinischen Krankheitsbildern auf dem Boden der Arteriosklerose und ihrer Diagnose. Unter den Frühsymptomen ist nach seiner Erfahrung auffallende Verlangsamung der Sprache nicht selten. In Hinsicht auf die von *C.* hoch eingeschätzte Therapie weist er darauf hin, daß es viel weniger gefährlich sei, einen einfachen Nervösen eine Zeitlang für einen Arteriosklerotiker zu halten, als einen Arteriosklerotiker für einen Nervösen. Die Konsequenz wäre, den Rat auch auszudehnen auf die drei Gruppen, in die er die psychischen Störungen der Arteriosklerotiker einteilt: 1. zunehmende Abnahme der geistigen Kräfte; 2. leichte und schwere Depressionszustände; 3. euphorische und Exaltationszustände, selten auch paranoische Symptomenkomplexe.



Ob *von Tschisch* (123) Recht hat, die vorübergehende Depression im Klimakterium beider Geschlechter als physiologische, von Sklerose unabhängige zu betrachten, kann dahingestellt bleiben. Er sieht als typisch für die zerebrale Arteriosklerose die Entwicklung der Demenz aus der Neurasthenia arteriosclerotica an und hält die Melancholie für eine zufällige Komplikation, die wie Manie und paranoische Bilder meist Rückfälle früherer Psychosen darstellten. Auch darin steht *v. T.* abseits, daß er die auf dem Boden n i c h t luetischer Arteriosklerose vorkommenden Erkrankungsfälle für die Minderzahl erklärt.

*Weber* (126) betont in seiner Schilderung des arteriosklerotischen Verstimmungszustandes dessen Abgrenzung von Spätattacken der zirkulären Psychose und von senilen und präsenilen Verstimmungszuständen, selbst wenn sie durch Arteriosklerose kompliziert seien. Er charakterisiert es als ein Zustandsbild, in welchem schwere Verstimmung bis Angst, Insuffizienz, Eigenbeziehungen, Versündigungsideen und andere flüchtige Wahnbildungen im Vordergrunde stehen. Sie unterscheiden sich von den ähnlichen Bildern funktioneller Psychosen durch ihre Flüchtigkeit, Wechsel der Intensität und Formen, Beeinflußbarkeit durch äußere psychische Momente und namentlich durch objektive nervöse Symptome, insbesondere von Seiten der Pupillen und Reflexe.

*Becker* (9) konstatiert bei zwei Greisinnen ungemeine Vorliebe für Zucker, konstruiert daraus eine Hypergeusia senilis und zieht nach unserer Meinung kühne Vergleiche mit der Hypergeusie Hysterischer und Neurasthenischer, dem Pruritus senilis und der Libido senilis.

*Fankhauser* (31) liefert den Hirnbefund einer 102 jährigen senil Dementen: Fettdegeneration und Sklerose der Ganglienzellen, auffällige Schlängelung der Dendriten, staubförmiger Zerfall der Tigroidschollen, Rarefikation der Zellen, Neuronophagie mäßigen Grades, Wucherung der *Weigert*schen Glia, Amyloidkörper in der äußersten Gliaschicht, Fettablagerung im Protoplasma der Gliazellen, Verminderung der Tangentialfasern, hyaline fettige Entartung der Gefäße. Das Fehlen von Plasmazellen und Lymphscheideninfiltraten unterscheidet diesen sonst ähnlichen Befund von dem der Paralyse und das Überwiegen der fettigen Degeneration über die hyaline Entartung an den Gefäßen spricht für die Verschiedenheit der senilen und der arteriosklerotischen Psychose. Die anatomische Grundlage der senilen Demenz bilden die senilen Hirnveränderungen und das gegenüber dem normalen Senium erheblich niedrigere Hirngewicht.

Die von *Fischer* beschriebenen und für das Substrat der Presbyophrenie gehaltenen drusigen Nekrosen hat *G. Oppenheim* (86) auch bei geistig gesunden Senilen nachgewiesen und bei presbyophrenischen vermißt, die ihnen zugewiesene Bedeutung besitzen sie nicht, auch spricht der Befund nicht für die Vermutung ihrer Herkunft von Mikroorganismen.

Zu dem gleichen Ergebnis kommt *Sarteschi* (103) in seinen Untersuchungen einer 64 jährigen Presbyophrenischen. Neben anderen, mit der allgemeinen Atrophie der Windungen einhergehenden Veränderungen beschreibt er zahlreiche kleine nekrotische, auf die große Substanz beschränkte und im Ganzen von den Gefäßen unabhängige Herdchen, die nur als Altersbefund anzusehen seien und mit dem Grade des Hirnschwundes zunehmen.



## c) Psychosen bei Herderkrankungen.

*Buck* (19) behandelt die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Hirngeschwülsten und berichtet 4 Fälle, in denen der Zusammenhang nur scheinbar, weitere 4, in denen er möglich oder wahrscheinlich war, und einen Fall, in welchem sich die traumatische Ursache sicher dadurch ergab, daß sich in der Nähe der kleinen älteren Erweichungen am Stirn- und Hinterhauptpol unzweifelhafte Anfänge von Gliombildung erkennen ließen, außer dem im rechten Hemisphärenwerk sitzenden Gliosarkom.

Die von *Weyert* (129) mitgeteilten Fälle sind von Interesse wegen des groben Mißverhältnisses zwischen den schweren Gehirnblutungen und ihren klinischen Erscheinungen, im ersten Falle auch wegen der vorübergehenden Luzidität am Tage nach der Verletzung, die erst nach einigen Tagen in raschen letalen Sopor überging. *W.* führt weiter aus, daß auch das Trauma in allen Fällen anscheinend nicht sehr schwer war, äußerlich sogar nur geringfügige Spuren hinterließ, und Disposition zu den ausgedehnten Blutungen vorlag, weil es sich um Alkoholisten und ältere Männer handelte.

*Fornaca* (37) führt aus, daß sich nach Commotio cerebri auf Grund der makroskopisch nachweisbaren Gehirnläsionen Psychosen bestimmter Form entwickeln können, die mit der sog. posttraumatischen Psychose nichts zu tun haben und zwei Verlaufsarten erkennen lassen, die eine von guter Prognose und akutem Verlauf bei nicht Belasteten von bisher guter Gesundheit, die andere von schlechter Prognose und mit der Tendenz zu Verblödung bei Degenerierten und Hereditariern. In einem Fall der ersten Form fand *F.* Veränderungen in den Rindenzellen, besonders des Stirnhirns, in der chromatischen Substanz des Protoplasmas und in den Neurogliakernen, punktförmige Hämorrhagien, Infiltrate der Adventitia und der perivaskulären Lymphräume.

*Hublé* und *Pigache* (54) stellen die nervösen Folgen von Insolation und Hitze in 6 Gruppen zusammen: akute Verwirtheit, Dementia praecox, Dementia paralytica, hysterische Zustände, Epilepsie und Idiotie. Die angeführten Fälle überzeugen nicht immer von der Richtigkeit der Diagnose und die Paralyse gehört wohl kaum hierher.

*Cholzen* (26) verwertet seinen Fall von Cysticercose für die Sicherung der Diagnose. Es handelte sich um einen 38 jährigen Trinker mit plötzlichem Ausbruch deliranter Verwirrtheit, *Korsakoff*symptomen, Stupor, Kopfschmerzen und Anfällen kurzer tonischer Starre ohne Bewußtseinsverlust aber mit starker Benommenheit, mehrmals verbunden mit Nystagmus und einmal mit Schüttel- und Greifbewegungen des rechten Armes. Träge, in der Benommenheit fehlende Pupillenreaktion, Schwankungen der Luzidität, Überempfindlichkeit auf Stiche, Neuritis optica, Anosmie und Ageusie (?), *Babinski*, Pulsbeschleunigung, geringe und flüchtige Paresen, Tod im Kollaps nach etwa fünfmonatlicher Krankheitsdauer. Die Sektion ergab starken Hydrozephalus des Seiten- und des III. Ventrikels, Zystizerkenmeningitis, vorzugsweise an der Unterfläche des Pons und der Oblongata, traubenförmige Zystizerken an der Spitze des linken Schläfenlappens, im Winkel zwischen Kleinhirn, Pons und Oblongata und im IV. Ventrikel. Verf.





bespricht eingehend die diagnostische Bedeutung des klinischen Befundes; das Fehlen des *Bruns*schen Symptoms (plötzlicher Schwindel mit Erbrechen und Taumeln), obwohl seine praesumptive Ursache (flottierender Zystizerkus im IV. Ventrikel) vorhanden war, läßt sich dadurch erklären, daß der Ventrikel aus mechanischen Gründen nicht erweitert war. Auf Zystizerkose deuteten der Ausfall der Lumbalpunktion insofern als sie Eiweiß- und Zellenvermehrung nachwies, und die Schwankungen der Symptome, von denen der Wechsel im Verhalten der Pupillenreaktion noch nicht beschrieben worden ist.

*Hoppe* (53) hebt in der Epikrise der klinischen Symptome der beobachteten 7 Fälle von Zystizerkose das initiale Auftreten von Schwindelanfällen und ihren Übergang in Krampfanfälle hervor. In drei Fällen nahm die Zahl der Anfälle nach einiger Zeit wieder ab, um zunehmender Demenz Platz zu machen. Das kann dem wachsenden Reiz der Zystizerken parallel gegangen sein, die langsame Zerstörung der Zystizerken ließ die Krämpfe abnehmen, die dauernde Schädigung der Gehirnsubstanz führte zu psychischen Störungen. Deren Form war, wie zu erwarten war, nicht einheitlich und ähnelte der Paralyse, dem epileptischen Irresein, der Dementia paranoides und senilis oder dem Erschöpfungsirresein. Eingehend behandelt *H.* die Veränderungen der Zystizerken, die sie auf die Gehirnsubstanz ausüben und andererseits durch diese erleiden und ihre anatomische Diagnose im Stadium des Zerfalls und der Verkalkung.

Außer diesen Fällen enthält die Arbeit zwei Beobachtungen von Tumoren, einem vermutlich in frühester Jugend angelegten Myxolipoms der Pia unterhalb der Brücke und eines 2 : 1 cm großen traubenförmigen Glioms im IV. Ventrikel. Die mit einem Schlaganfall eingeleiteten klinischen Symptome ließen Dementia paralytica annehmen, obwohl *Babinski* und *Romberg* dem nicht entsprachen, der anatomische Befund starker Arteriosklerose mit multiplen Erweichungsherden läßt unentschieden, wieviel vom Symptomenkomplex hierauf oder auf den Tumor zu beziehen waren.

*Schob* (106) berichtet zwei Fälle von Zystizerkenmeningitis; der erste verlief in dreijähriger Krankheitsdauer mit Kopf- und Nackenschmerzen, deliranter Unruhe, Erregungszuständen, Krampfanfällen, Erblindung und Verblödung, der zweite begann mit Parästhesien in der linken Körperhälfte und zeigte Symptome, die auf linksseitigen Kleinhirnbrückentumor deuteten. Von Interesse ist, daß in diesem Falle, der klinisch und bei der Autopsie an basale luetische Meningitis erinnerte, die *Wassermann*sche Reaktion negativ ausgefallen war, im ersten Falle hatte sich über der Konvexität eine starke meningitische Schwarte entwickelt, während die Basis ziemlich frei war. Dies erklärt sich durch den Nachweis, daß sich die entzündlichen Veränderungen immer in der Nachbarschaft abgestorbener Zystizerkenblasen am stärksten ausgeprägt fanden, und die Zystizerken an der Basis im ersten Falle noch wohlerhalten waren. Für die toxische Ursache sprechen auch die Wucherungserscheinungen und mehr noch Exsudatbefunde in den Ventrikelwandungen, deren Zustandekommen auf mechanische Einwirkung der Zystizerken nicht bezogen werden kann. Die Veränderungen an den Gefäßen unterschieden sich nicht von den luetischen, es fanden sich an ihnen auch reichliche Plasmazellen da, wo der meningitische Prozeß direkt auf die Hirnrinde übergriff.





*Schütz* (109) bespricht einen Fall von diffuser Sarkomatose der Hirn- (und Rückenmarks)häute, die sich als Metastase eines doppelseitigen Ovarialtumors erwies. Der Fall betraf eine 39 jährige, erblich Belastete, bei der ein halb Jahr vor Beginn zerebraler Symptome das rechte sarkomatöse Ovarium entfernt worden war. Außer direkten Symptomen der meningealen Wucherungen bestand Psychose in Form halluzinatorischer Verwirrtheit, allgemeine und herdförmige Krampfanfälle und spinale Symptome, denen Hinterstrangdegeneration und degenerative Veränderungen in den vordern und hintern Wurzeln entsprachen. Das Zustandekommen erklärt sich teils durch Druck der Tumorzellen, teils durch den marastischen Zustand. Die diffuse Verbreitung des Prozesses gestattet wohl nicht, den Fall gegen die *Babinski*sche Hypothese über das Verhalten der Reflexe bei Rückenmarksveränderungen zu verwerten.

In dem von *Wendenburg* (127) beschriebenen Fall von Tumor des rechten Hinterhauptlappens hatte sich nach Kopfverletzung ein taubeneigroßes Endotheliom entwickelt, das von der Dura ausgehend in den Hinterhauptslappen eingebettet lag. Die Erlaubnis zur Operation des sicher lokalisierten und leicht ausschälbaren Tumors war nicht gegeben worden. Von Interesse war an dem Falle frühzeitige doppelseitige Stauungspapille, lange isoliert bestehende homonyme Hemianopsie der gekreuzten Gesichtshälfte und Seelenblindheit trotz vollkommener Einseitigkeit des Herdes, umschriebenes Ödem der Kopfschwarte über den hinteren Partien des rechten Scheitelbeines mit Klopfempfindlichkeit und Schallveränderung dieser Partie, abnorme Erweiterung des Ramus meningeus der Art. occip., sowie nacheinander Astereognosis, Lagegefühlsstörung, Ataxie und spastische Lähmung an den gekreuzten Extremitäten als Folge progressiven Hirndrucks. Zuletzt fehlte das Bewußtsein der eigenen Blindheit. Das Auftreten zerebraler Muskelatrophie in beiden Armen beweist, daß auch einseitige Occipitaltumoren doppelseitige Muskelatrophien erzeugen können, im vorliegenden Fall sogar vorwiegend an dem Arm, der sein Projektionsfeld in der gesunden Hemisphäre hatte.

Die beiden ersten Fälle von *Glasow* (44) betrafen Basalganglientumoren: rechtsseitiger walnußgroßer Tumor im Thalamus opt., in den III. Ventrikel hineinragend, und Tumor im linken Nucleus candatus, der inneren Kapsel und dem Nucleus lentiformis. Im dritten Fall fand sich ein apfelgroßer, mit breiter Basis der rechten Kleinhirnhemisphäre aufsitzender Tumor, im vierten Fall gleichfalls in der rechten Kleinhirnhemisphäre ein Tumor, der das Mark der Hemisphäre fast ganz einnahm und nach der Mitte bis zum Wurm reichte. Die klinischen Erscheinungen werden eingehend besprochen, bemerkenswert war das Auftreten der ersten Symptome in stürmischer Form und mit hysterieverdächtigen Krämpfen im vierten Fall, der sonst fast intakte Psyche darbot. Im fünften Fall — großer Tumor im rechten Schläfenlappen — bestand Echolalie, keine Stauungspapille.

In *Kölpins* (60) Fall saßen multiple Adenokarzinome von Haselnuß- bis Apfelgröße im Großhirn, einige kleinere im Kleinhirn verstreut; von dem klinischen Befunde ist deshalb nicht viel zu sagen. Von Interesse sind die Wachstumsverhältnisse der Tumoren, die sich mit scharfer Abgrenzung vom Nervengewebe erhoben, es muß das Wachstum der Neubildung und der Untergang von Hirnsubstanz annähernd gleichen Schritt gehalten haben. Da die übrige Sektion unterbleiben



mußte, bleibt es unentschieden, ob die Tumoren primäre oder metastatische Neubildungen waren.

*Völsch* (125) legt dar, aus welchen Symptomen in seinem Fall die Diagnose auf einen Kleinhirntumor und zwar im Wurm mehr nach der rechten Seite hin zu stellen war, die Operation war negativ, die Sektion ergab einen den IV. Ventrikel ausfüllenden Tumor (gefäßreiches Gliom), durch dessen Druck auf die Bindearme des Syptomenkomplex zustande kam. Auffallend gering waren die Symptome von der stark gedrückten Medulla oblongata aus, es waren doppelseitige Abduzenzlähmung, Anfälle von Singultus und plötzlicher Tod.

Der von *Behrenroth* (12) berichtete Fall eines Glioms im rechten Parietallappen zeichnete sich durch seine Komplikation mit Myelitis transversa aus. Der Verlauf leitete sich bei dem 65 jährigen asthmatischen Manne durch einen apoplektiformen Anfall mit Bewußtlosigkeit ein, nachdem als Vorboten Geruchs- und Geschmackssensationen aufgetreten waren, die sich auch später aufallsartig wiederholten. Die zunächst deutlichen Zerebralsymptome traten völlig zurück auf Kosten der sich einstellenden Rückenmarkserkrankung, die anfangs auf Halbseitenläsion deutete, später erkennen ließ, daß der ganze Querschnitt erkrankt war. Es entsteht die Frage, wie diese Komplikation zu erklären ist; Metastase, Kompression oder Verschleppung embolischen Materials kommen nicht in Betracht, wohl denkbar ist aber, daß durch den gesteigerten Druck der Boden für den myelitischen Prozeß bereitet ist, wofür auch Gefäßveränderungen und die Anzeichen von Stauung im Rückenmark sprechen. Möglich, daß auch toxische Substanzen im Blute von dem zentral erweichten Gliom her als Ursache gewirkt haben.

*Campbell* (24) beschreibt einen Fall von doppelseitigem, vorwiegend rechtsseitig entwickeltem Stirnhirntumor von mehr als Eigröße (Gliosarkom) und faßt seine klinischen Symptome dahin zusammen: Reizbarkeit, einzelne Sinnestäuschungen, Schlafsucht, Indolenz, Euphorie, Andeutung von Witzelsucht, schlechtes Gedächtnis für Jüngstvergangenheit, Konfabulationen, fehlendes Krankheitsgefühl, heftige Kopfschmerzen, Stauungsblindheit, taumelnden Gang, Zwangshaltung des Kopfes nach rechts, links fehlender Patellarreflex, allgemeine Hyperästhesie für Kälte und Schmerz, Anästhesie und Analgesie im Gebiet des rechten Trigeminus, vorübergehend ein epileptiformer Anfall und aphasische Störungen. Verf. führt die Übereinstimmung der Symptome des Falles mit den Anschauungen *Flechsigs* über die Bedeutung des frontalen Assoziationszentrums weiter aus. Sehr ausgeprägt war das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit und die sog. frontale Interesselosigkeit.

Der Fall *Catòla*s (25) zeigt das Bemerkenswerte des plötzlichen Beginns mit Schlaganfall und rechtsseitiger Lähmung und der Ausbreitung der Neubildung im Balken, die gleichförmig das ganze Organ infiltriert und zu doppelter Größe ausgedehnt hatte. Ihr Übergreifen auf die innere Kapsel konnte die beiderseitige spastische Hemiparese erklären, die Beteiligung des Thalamus die Hypästhesie und das anderweitig noch nicht beobachtete Zwangsweinen. Der plötzliche Beginn, obgleich die Balkenerkrankung sicherlich lange vor ihm bestanden hat, bestätigt, daß nicht der primäre Sitz im Balken, sondern das Übergreifen auf benachbarte Hirnabschnitte für die Symptome verantwortlich zu machen ist.





*Muggia* (83) beschreibt ein den vorderen Teil des Balkens und beide Stirnhirne einnehmendes Sarkom und erörtert ihre Beziehungen zu den hier in Erscheinung tretenden Gedächtnisstörungen.

An die Beschreibung zweier Gehirne von Neugeborenen mit Balkenmangel und Mikrogyrie knüpft *Groz* (47) die Prüfung der Windungstheorie von Jelgersma. Der Befund im ersten Falle beweist eine diffuse hämorrhagische Enzephalitis, deren Zeitpunkt bestimmt wird dadurch, daß nur eine dem Genu entsprechende Anlage vorhanden war und sulcus callosa-margin. und gyr. fornicatus noch fehlen, die entwicklungshemmende Ursache muß deshalb im Anfang des 4. Fötalmonats entstanden sein. Im zweiten Falle waren keine Entzündungserscheinungen nachweisbar, Balkenanlage, gyr. fornicatus und sulcus calloso-margin. waren vorhanden, der Balkendefekt datiert demnach nach dem 4. Fötalmonat. Hier war der starke Hydrocephalus int. als Ursache des Balkendefekts anzusehen. Nach der Theorie von Jelgersma von der Abhängigkeit der Windungsentwicklung vom kubischen Inhalt der Hirnteile wäre hier kein Anlaß zu Mikrogyrie gegeben gewesen. Beruhte die Mikrogyrie im ersten Falle also auf entzündlichen Vorgängen, so im zweiten Falle auf einer Entwicklungshemmung. Wie *Gr.* betont, stand das ganze Kind unter dem Zeichen der Entwicklungsstörung, von deren Folgen Hydromyelie, Hypoplasie der Brücke und des Kleinhirns, Spaltbildung in der Wirbelsäule, Zwerchfellhernie und Hemmungsbildungen in anderen Organen zu erwähnen sind.

Zur Kasuistik der Hypophysisgeschwülste liefert *Formanek* (36) folgenden Beitrag. Achtzehnjähriges, von jeher schwachsinniges, infantiles Mädchen verblödete rasch und starb mit einem Körpergewicht von 37 Pfd. Es fand sich ein zystischer Tumor (Hypophysenstielgeschwulst) vordringend in den 3. Ventrikel, Atrophie der inneren Organe, infantile Genitalien. Die Geschwulst erwies sich als Plattenepithelkarzinom. Ob wie der Infantilismus und die psychische Entwicklungsstörung auch der Marasmus als Symptom der Hypophysiserkrankung anzusehen ist, läßt *F.* unentschieden.

*Levi* (68) demonstriert an zwei Fällen von Akromegalie (mit Tafeln) das Offenbleiben des canalis craniopharyngeus. Gestützt auf die embryologische Bedeutung des Kanals, den Nachweis von Hypophysisresten im Gange, die Entdeckung der Rachenhypophysis und die noch wenig geklärten funktionellen Beziehungen der beiden Hypophysen erblickt *L.* in dem Persistieren dieses Kanals die angeborene Bedingung für Akromegalie.

*Savagnone* (104) beschreibt in der part. posterior der Hypophysis der Katze und des Menschen zahlreiche Nervenfasern und in das Infundibulum verfolgbare Faser züge sowie Neurogliaelemente, die vielleicht die Träger der präsumptiven antitoxischen Funktion der Hypophysis seien.

Einen der sehr seltenen Fälle von Zirbeldrüsentumor schildert *Frankl-Hochwart* (40), ein $5^1/_2$jähriger Knabe aus einer Familie mit viel kongenitalen Anomalien, zeigte vom 3. Jahre ab rasches Wachstum und geistige Frühreife, 5 Monate vor dem Tode fortschreitende Augenmuskellähmung, Stauungspapille, Kopfschmerz, einen Monat vor dem an Scharlach erfolgenden Tode Stimmwechsel und sexuelle Reife. Von der Zirbel war ein kleiner, histologisch fast unveränderter Rest erhalten, der einem 2,5 : 2,9 : 5 cm großen höckrigen Tumor (Teratom) in

Form eines Plättchens auflag. Die corpp. quadrigemina waren stark verdrängt, der 3. Ventrikel erweitert und die hintere Kommissur zerstört, letzteres vielleicht artefiziell. Verf. zieht 4 Fälle der Literatur heran zur Formulierung der Diagnose der Zirbeldrüsentumoren. Für die schwierige Unterscheidung von Hyphophysentumoren kommt in erster Linie das sexuelle Moment in Betracht. Der Funktion der Zirbeldrüse scheint die Hemmung der Genitalentwicklung obzuliegen.

Als „Ictus amnésique" bezeichnet *Benon* (13) einen klinischen psychopathischen Zustand von plötzlichem Beginn, kurzer Dauer und allgemeiner, mehr oder minder tiefer retro-anterograder Amnesie. 4 Fälle werden beschrieben, die sämtlich Arteriosklerotiker betrafen und apoplektiforme Zustände darstellen. Wirklich apoplektische Anfälle gingen dem ersten Fall voraus und folgten im zweiten. In den beiden letzten traten die Anfälle fugueartig auf, die Kranken wurden nach tagelangem Umherirren in ihrem hilflosen Zustande aufgefunden.

*Frank* (39) berichtet den interessanten Fall eines bisher gesunden 26jährigen Mädchens, bei dem sich 8 Tage nach einem heftigen Schreck ohne Bewußtseinstrübung linksseitige Lähmung einstellte, deren Symptome auf einen Herd in der Brücke wiesen. Die Erklärung für diese Folgen bei einer anscheinend gesunden jungen Person lieferte der positive Ausfall der Seroreaktion und die genauere Anamnese ergab denn auch zweifellose Daten hereditärer Lues.

Die Untersuchungen von *Wernicke* und *Mann* über den Lähmungstypus bei residuären Hemiplegien erfahren durch die von *Pfeifer* (88) an einem Paralytiker angestellten Beobachtungen eine wertvolle Bereicherung. Er bestätigt die Lehre, daß die residuäre Hemiplegie vorwiegend bestimmte zusammenwirkende Muskelgruppen betrifft ohne Rücksicht auf ihre peripherische Innervation. Nach Schlaganfällen erholen sich Muskelgruppen, und zwar die für den Gebrauch wichtigsten, rascher als andere, man kann annehmen, weil sie als die wichtigsten reichere Verknüpfungen in der Stirnrinde haben. In diesen Muskelgruppen pflegt der Muskeltonus normal oder etwas erhöht zu sein, der vorliegende Fall, zwei Jahre nach dem Insult, bot aber auffallend starke klonische Symptome am Arm wie am Bein der paretischen Seite. Sie standen mit dem geringen Grad der Parese in ungewöhnlichem Mißverhältnis und steigerten sich durch Ruhe, besonders durch die Nachtruhe.

Einen Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Psyche und des Rückenmarks schildert *Becker* (10). Er weist nach, daß es sich bei der als Paralyse zugegangenen Patientin um Katatonie handelt in Komplikation mit einer Rückenmarkserkrankung, wie sie die progressive spinale Muskelatrophie in Verein mit beginnender Bulbärparalyse und vielleicht auch noch amyotrophischer Lateralsklerose darstellen.

*Hagl* (48) gibt eine Übersicht über die literarischen Fälle von Neuritis optica bei Halsmuskelerkrankungen in der Gruppierung von *Elschnig*. Es geht so viel hervor, daß der Zusammenhang nicht selten ist, der Nachweis steht aber noch aus, ob er als ein direkter anzusehen ist oder erst zustande kommt auf dem Wege der Drucksteigerung oder trophischer Störungen im Gehirn.

*Plate* (93) beobachtete kongenitale Wortblindheit an vier sehr intelligenten Mitgliedern einer Familie in drei Generationen. Ein Fall ist genauer beschrieben, er betrifft ein 15jähriges Mädchen, das mit großer Mühe Schreiben und Lesen gelernt hat, noch jetzt viel Schreibfehler macht und das Klavierspiel aufgeben mußte,



weil sie nicht die beiden Notenreihen übersehen konnte, das Notenlesen für Violinspiel macht ihr dagegen keine Schwierigkeiten.

*Frotscher* und *Becker* (43) stellen die Diagnose auf Syphilom oder Syphilome des Gehirns in einem noch nicht zur Sektion gelangten Falle fest, der durch die Residuen früherer Bleilähmung komplexiert war und als saturnine Psychose, Korsakoff, Paralyse und multiple Sklerose gegolten hatte. Sie begründeten die Ansicht, daß Gummata zu vermuten sind zentralwärts vom Ganglion Gasseri, doppelseitig von der Austrittsstelle des acusticus und glosso-pharyngeus, vielleicht auch kombiniert mit einer Myelomeningitis spinalis.

*Flesch* (35) beschreibt die nervösen Symptome eines von den ersten Halswirbeln aus auf die Schädelbasis übergreifenden Plattenepithelkarzinoms und führt den anatomischen Nachweis, weshalb isoliertes Befallensein des 3. Trigeminusastes ein Unterscheidungsmerkmal zwischen intra- und extrakraniellen Erkrankungen bildet.

An der Würzburger Schädelsammlung konstatiert *Sippel* (112) in 50% Neigung zur Bildung von Exostosen oder Osteomen, davon relativ selten an Epileptikern und Paralytikern. Die Frage traumatischer Herkunft der Exostosen scheint deshalb verneint werden zu müssen, selbst wo angeborene Disposition dazu vorhanden ist. Ein Unfallsgutachten *Riegers* in diesem Sinne ist beigefügt.

*Pöppel* (96) stellt in seiner Dissertation das bisher über das Thema „Schädel und Geisteskrankheit" Gesagte kritisch zusammen. Die Frage, ob Geisteskranke andere Schädel haben als Geistesgesunde, sei noch nicht gelöst.

*Anton* (4): Selbstheilungsvorgänge an Hirngeschwülsten können sich aus verschiedenen Gründen vollziehen, Gefäßgeschwülste können veröden, das Gehirn kann sich an nicht mehr wachsende Geschwülste gewöhnen, Zerfall und Resorption, Verkalkung und Verknöcherung, Abkapselung und Sequestrierung können den schädlichen Einfluß auf das Gehirn verhindern, es spielen sich aber auch Vorgänge ab, die eine Korrektur des intrakraniellen Druckes bewirken, wie Knochenusur und spontan eröffnete Abschlußwege des Liquor. Hierauf basiert der Balkenstich und die Lumbalpunktion. Es entsteht aber dabei die Frage, ob die Druckentlastung das Wachstum einer Geschwulst günstig beeinflußt oder nicht. Ein mitgeteilter Fall illustriert die Tatsache, daß auch durch Bluterguß in einen Tumor mit nachfolgender Resorption der Trümmer wesentliche Besserung der Tumorsymptome Platz greifen kann.

Die Erfolge des Balkenstiches an 22 so Operierten stellt *Anton* in einer anderen Arbeit (3) zusammen. In drei Fällen von Tod an interkurrenten Krankheiten konnte festgestellt werden, daß die im Balken gesetzte Öffnung noch 4 und 6Monate nachher deutlich erhalten war. Die Operation bietet neben dem wohltätigen Einfluß auf das Befinden des Kranken den Vorteil, die lokalen Tumorsymptome reiner hervortreten zu lassen. So ergeben sich bestimmte Indikationen der Operation, die auch bei Sehnervenerkrankungen in Gefolge von Turmschädel zu versuchen ist. Die operativ gesetzte Kommunikation zwischen Ventrikel und Subduralraum empfiehlt sich mitunter als Hilfsoperation, wenn bei Schädelöffnungen Hernien oder Zerreißen der Gehirnoberfläche durch den Druck zu befürchten ist.



In einem Falle von Kleinhirnatrophie, den *Boulenger* (15) veröffentlicht, war das Kleinhirn im Gegensatz zu dem normal entwickelten Großhirn durch Sklerose etwa auf das Drittel des normalen reduziert. Leider ist die makroskopische wie die mikroskopische Beschreibung ungenügend. Aus dem klinischen Befunde ist zu erwähnen, daß der 1887 geborene Mann in der Kindheit Krämpfe hatte, schwachsinnig war und früh zerebellare Ataxie und schlecht artikulierte Sprache zeigte. Er masturbierte viel, war meist von heiterem Wesen und konnte singen. Er starb im Verlaufe eines deliranten Zustandes, in dem sexuelle Erregung stark hervortrat.

In einem Referat über neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Großhirn führt *v. Monakow* (79) aus, daß in der modernen Lokalisationslehre noch immer Widersprüche selbst in elementaren Punkten vorhanden sind, ausgedehnte Herde können symptomlos geblieben sein, kortikale Herdsymptome vorhanden gewesen sein, wo die Sektion nur diffuse oder keine makroskopischen Veränderungen ergibt, ähnlich liegende Herde verschiedene klinische Bilder liefern: wir wissen noch nicht sicher, welches Minimum örtlicher Erscheinungen ein auf ein bestimmtes Rindenfeld beschränkter Herd liefern muß und für welche Zeitdauer. Die Theorie der vikariierenden Vertretung befriedigt nicht. Die Lösung gibt die experimentelle Forschung mit ihrer scharfen Unterscheidung zwischen im Prinzip temporären und residuären Symptomen. Um diesen Komplex zu verstehen, muß man sich von der unhaltbar gewordenen Identifikation der Lokalisation von Krankheitserscheinungen und einer Lokalisation der Funktion emanzipieren: Die Lokalisation der sog. Herdsymptome ist im wesentlichen eine komplizierte Reaktion der unlädiert gebliebenen Stellen des Zentralnervensystems auf den kortikalen Insult, die Lokalisation einer Funktion dagegen die Verteilung der Elemente der Funktion auf alle mit ihr betrauten Apparate im ganzen Zentralnervensystem. Für diese Reaktion kommen die verschiedensten Momente in Betracht, aber erst die Heranziehung eines dynamischen Momentes erklärt sie ohne Rest. *v. M.* legt dann eingehend seine Lehre von der Diaschisis dar, die er definiert als eine meist durch akute Herdläsion ausgelöste, shockartige Funktionhemmung in primär nicht lädierten, aber mit diesem anatomisch verbundenen Hirnstellen, und erläutert die Lehre an einer schematischen Zeichnung. *v. M.* schließt seine klaren Darlegungen, daß sich nicht fertige Funktionen in der Rinde „lokalisieren" lassen. sondern nur elementare Komponenten einer Funktion und nur solche, die der räumlichen Orientierung und der mit dieser eng verknüpften motorischen Beantwortung der Erregungsimpulse dienen.

Seine Stellung zur Aphasiefrage kennzeichnet *v. Monakow* (80) und (81) hinsichtlich der Lokalisation, daß die verschiedenen auch niederwertigen physiologischen Komponenten der Sprache zweifellos in beiden Hemisphären und in ausgedehnten Rindenstrecken so reich und mannigfaltig repräsentiert seien, daß die motorische Aphasieregion für den Gebrauch der Sprache größtenteils entbehrlich sein kann. In ihr finden sich einige wenige noch nicht näher bekannte aber wichtige Komponenten der Sprache (Knotenpunkte). Der Sitz dieser Region bei Rechtshändern ist ein Windungsbezirk, der im wesentlichen der III. Stirnwindung, der vorderen Partie der Insel und dem Operkulum entspricht und in seine Mitte (Oper-



kulum und *Broca*schen Windung) die zahlreichen foci für die Innervation der Lautsynergien schließt. Die bei ausgedehnten, namentlich plötzlichen Läsionen dieser Gegend auftretende motorische Aphasie ist allerdings gesetzmäßig, aber im Prinzip temporär und wird bei nicht komplizierten mit dem Nachlassen der Diaschisiswirkung überwunden.

Diese Anschauungen führt *v. Monakow* in seinen allgemeinen Betrachtungen zur Lokalisation der motorischen Aphasie (81) weiter aus und weist nach einem kritischen Überblick über die Geschichte der Aphasiefrage darauf hin, daß fast alle Autoren von der stillen Voraussetzung ausgingen, im Gehirn gebe es eine relativ begrenzte Zone, deren Zerstörung an sich ausreiche, um dauernde Erscheinungen motorischer Aphasie herbeizuführen, während doch deutlich hervor geht, daß sie durch sehr verschiedene innerhalb eines weit begrenzten Großhirnabschnittes gelegene Läsionen hervorgebracht werden kann. Es gibt innerhalb dieses Abschnitts eine für das Zustandekommen der motorischen Aphasie anatomisch besonders günstige engere Region, aber die Symptome zeigen im allgemeinen nur dann Tendenz zu Stabilität, wenn die ganze Gehirnoberfläche durch den herdbildenden Krankheitsprozeß beeinträchtigt ist, und nirgends ist eine schärfer umschriebene Stelle abzugrenzen, deren Läsion unter allen Umständen motorische Aphasie als Dauersymptom produzieren müßte. Ehe wir an eine Lokalisation der Sprache gehen, müssen wir aus dem Begriff Sprache die Komponenten, welche sich für eine physiologisch-anatomische Betrachtung eignen, von den übrigen höheren so scharf wie möglich trennen. Hier kann die Kenntnis der foci für die Mund-, Zunge- und Kehlkopfssynergien die ersten festeren Anhaltspunkte für eine Lokalisation der Sprache (Artikulation) geben. Zur Erzeugung der motorischen Aphasie müssen aber noch Elemente gestört sein, die der sukzessiven rhythmischen Reizkombination dienen und mit amnestischen Erregungsarten verschiedenster Stufen korrespondieren. Wir müssen annehmen, daß diese in beiden Hemisphären und so im Kortex vertreten sind, daß die *Broca*sche Rinde sich mit dem übrigen Kortex in sehr mannigfacher Weise in deren Besitz teilt, aber einen beträchtlichen Teil für sich in Anspruch nimmt.

Mit großer Schärfe und gewichtigen Beweisen wendet sich *Liepmann* (69) gegen die Aphasietheorie *P. Marie*s. Er weist ihr nach, daß sie schweren Mißverständnissen der von ihr angegriffenen Lehre wie der klinisch-psychologischen Tatsachen entspringt, die Worttaubheit völlig verfehlt auffaßt und in der neueren (*Moutier*schen) Fassung des Begriffs der Anarthrie und Aphasie die alte Lehre vollkommen wieder einsetzt. In einer kurzen Wiedergabe des Inhalts sind die scharfsinnigen Ausführungen nicht geeignet.

Nach einer kurzen kritischen Darlegung des jetzigen Standes der Aphasiefrage berichtet *Krol* (62) über einen Fall von anscheinend reiner motorischer Aphasie (fast völlige Unfähigkeit des spontanen Sprechens, die wenigen erhaltenen Worte werden gut reproduziert, Nachsprechen und spontane Schrift fast aufgehoben, dagegen Abschreiben und schriftliche Bezeichnung einzelner Gegenstände annähernd erhalten, laut Lesen unmöglich, Leseverständnis, Intelligenz und Merkfähigkeit völlig erhalten; keine Worttaubheit und Wortblindheit). *K.* verwertet diese Fälle gegen die von *P. Marie* aufgestellten Hypothesen und spricht sich für die Annahme einer reinen Affektion des *Broca*schen Zentrums aus. *Voss.*



*Quensel* (97) bespricht zwei den Symptomenkomplex der sog. transkortikalen motorischen Aphasie darbietende Fälle. Der erste betraf eine 71 jährige senil Demente mit folgendem Komplex: äußerste Einschränkung der spontanen Sprache mit stereotyper Äußerung der gleichen spärlichen Wortreste, gute Artikulation, Fähigkeit der Reihenaufzählung, gutes Nachsprechen, erhaltenes Verständnis einfacher Worte, aber eingeschränkte Auffassung zusammenhängender Sätze, Unfähigkeit Objekte zu bezeichnen. Lautlesen erhalten, fast aufgehobenes Verständnis für das Gelesene, Kopieren erhalten, Diktat- und Spontanschrift völlig paragraphisch aber mit richtig gebildeten Buchstaben. Der sehr ähnliche Befund im zweiten Fall betraf eine 47 jährige Apoplektische. *Qu.* faßt die Ergebnisse zusammen: lokal begrenzte Herderkrankungen in und am Fuße der III. Stirnwindung können zu einer Sprachstörung führen, die dem von *Lichtheim-Wernicke* entworfenen Bilde der transkortikalen motorischen Aphasie entspricht, die als partielle oder in Rückbildung begriffene kortikale oder zentrale Aphasie aufzufassen ist. Ihre Symptome können auch bei diffusen, speziell senil-atrophischen Gehirnerkrankungen vorkommen, sind aber in wechselndem Grade verbunden mit Erscheinungen von transkortikal-sensorischer und von amnestischer Aphasie. Die charakteristischen Erscheinungen der transkortikal-motorischen Komponente sind Wortarmut und Sprachträgheit bei stereotyp produzierten Wortreihen, erhaltenem Nachsprechen und relativ erhaltener Objektbezeichnung. Das Krankheitsbild ist am besten zu deuten bei einer Auffassung des Stirnhirns als eines den niederen und höheren motorischen Großhirnapparaten übergeordneten Zentrums, das in besonderer Beziehung steht zur Verbindung der Gefühls- und Willensvorgänge mit den intellektuellen assoziativen Prozessen.

*Mahaim* (71) beschreibt den Befund eines Falles, dessen Herd völlig dem von *Moutier* für die Behauptung verwerteten Fällen entsprach, daß die subinsulare weiße Substanz zu der Aphasie bedingenden Zona lenticularis gehört. Hier hatte indessen keine Aphasie bestanden. An vier Serienschnitten wird nachgewiesen, daß die weiße Substanz zwischen der Insel und dem Linsenkern, also Capsula ext. und Vormauer, und äußere Kante des Putamen zerstört war und hinterer Teil der inneren Kapsel sowie der Linsenkern größtenteils degeneriert waren. An dem Herde waren ferner beteiligt die III. Inselwindung und der Fuß des Stabkranzes zwischen Operkulum und Schwanzkern. Der Fall beweist, daß ausgedehnte lentikulare Läsion nicht motorische Aphasie zu erzeugen braucht, und zur Aphasie wie in den Fällen *Moutiers* kam es nur deshalb nicht, weil der Herd im vorliegenden Fall nicht über die Höhe der Insel hinausging und die Assoziationsfasern zwischen der II. Stirnwindung und dem Schläfenlappen intakt ließ.

Die Frage ob die motorische Aphasie eine Apraxie ist und wie weit apraktische Momente dabei im Spiele sind, beantwortet *Jacobsohn* (56) durch Analysierung eines Falles von motorischer Aphasie bei einem luetischen 34 jährigen Kaufmann etwa 2 Jahre nach dem sprachlähmenden Schlaganfall. Es bestand Verständnis für Schrift und Wort, erhaltenes Kopieren, Unfähigkeit sich mündlich oder schriftlich auszudrücken, Beeinträchtigung des Nachsprechens, Benennens, Diktatschreibens und Vorlesens. *J.* schließt, daß es sich hierbei um die Unfähigkeit handelt, die Wortklangbilder selbständig innerlich zu erwecken und eine ge-



wisse Zeit festzuhalten. Apraxie kann das Unvermögen vergrößern, kann aber im vorliegenden Fall nicht der alleinige Grund sein.

Im Fall von *Buchholtz* (18) waren die Läsionen zu verbreitet und zahlreich, um für Lokalisationsfragen verwendet zu werden, doch bot er auch darin manches Interessante, u. a. daß die Worttaubheit trotz der weit ausgedehnten Zerstörung des linken Schläfenlappens völlig verschwand und trotz der Zerstörung der *Broca*schen Windung ein ganz respektabler Wortschatz erworben wurde, dies trotzdem auch der rechte Schläfenlappen reduziert erschien. Am auffälligsten war die Art, wie der Kranke seinen Wortschatz erworben hatte und mit ihm operierte, mit Zahlen jedenfalls geschah es so, daß er sie sozusagen von seinen Gesichtsvorstellungen ablas, z. B. $4 \times 8 =$ „drei zwei".

In dem „Fall von motorischer Aphasie mit anatomischem Befund" von *Liepmann* und *Quensel* (70) bestand etwa 1½ Jahre vollständige Aufhebung der artikulierten Sprache (Spontan- und Nachsprechen), danach Wiederherstellung eines minimalen Wortschatzes und mangelhaftes Nachsprechen einer Anzahl von Worten, ferner eine unabhängig von der Expressivsprache wechselnde Störung des Wortverständnisses und eine ebenso wechselnde geringe Beimischung von apraktischen Störungen. Es fand sich ein alter Erweichungsherd im unteren Viertel der Centr. ant., durch welchen zerstört sind ein Teil des Fußes der III. Fr., ein Teil der Pars opercular. und der III. Fr. um den Sulcus praecentr. herum, größtenteils das Übergangsstück von F. 3 in C. a., ein Stück von C. a. an der Grenze des unteren gegen das mittlere Drittel und ein kleines Stück im vorderen Teil von C. p., außerdem einige ältere und ein frischer Herd, die für die vorliegende Aphasie nicht in Betracht kommen. Der Herd ließ die Linsenkernzone *Marie*s völlig frei und spricht deshalb zugunsten der klassischen Lehre. Für die Erklärung, daß trotz nur partieller Zerstörung des Pars opercularis völlige Aphasie bestand, ist teils die Nachbarschaftswirkung heranzuziehen, deren grundsätzliche Verschiedenheit von der Diaschisis erörtert wird, teils die Möglichkeit individueller Verschiebung des motorischen Sprachzentrums, für die undulierende Worttaubheit die Annahme von Schwankungen der Zirkulation und Ernährung des in toto reduzierten linken Schläfenlappens.

*Heilbronner* (51) berichtet über seine sorgfältigen Erhebungen zur Rückbildung der sensorischen Aphasie in einem Falle von Schädelverletzung. *H.* bezeichnet ihn als ein Paradigma für die früher von ihm aufgestellte Kategorie, in der das klassische Bild der *Wernicke*schen Aphasie durch Summation direkter und indirekter Herdsymptome zustande kommt, und faßt das Ergebnis der Analyse dahin zusammen, daß die Mannigfaltigkeit, in der sich die einzelnen Komponenten der aphasischen Störungen zu klinischen Typen kombinieren, es abweise, diese Typen nur als Intensitätsgrade einer einheitlichen „Sprachfunktion" anzusehen. Sie weise vielmehr auf eine funktionelle, vermutlich auch lokalisatorische Differenzierung bezüglich der der elementarsten und auch der feineren Vorgänge hin, deren Störungen sich als aphasische darstellen. Die anatomische Technik müsse sich begnügen, nur relativ gröbere Veränderungen festzustellen, ohne über die Funktion intakt erscheinender Gebiete aussagen zu können.



*Bechterew* (8) betont für seinen Fall von motorischer Apraxie die solitäre und streng lokalisierte Herdaffektion, welche es gestattet, die Apraxieerscheinungen auf Affektion der hinteren Zentralwindung und des angrenzenden Teils des Gyrus supramarginalis zu beziehen. Das wesentliche klinische Symptom war die Unfähigkeit, mit der rechten Hand komplizierte Bewegungen auszuführen, was mit der linken Hand unbehindert gelang. Daher bestand weder Ataxie, nach auffallende Parese noch Sensibilisätsstörungen der rechten Oberextremität, aber Erscheinungen sensorischer Aphasie und epileptiforme Anfälle mit Krämpfen der rechten Körperhälfte. Aphasie und Apraxie steigerten sich nach den Anfällen, um sich bis zum nächsten Anfall langsam zu bessern. Der Herd stellte sich als lokale atrophische Sklerose dar.

*Goldstein* (45) beschreibt den mikroskopischen Befund des 1908 veröffentlichen Falles von linksseitiger motorischer Apraxie. Das Zerstörungsgebiet umfaßte die Markfaserung und zum Teil die Rinde des rechten Parazentralläppchens, den Gyrus fornicatus (Rinde und Mark), den hinteren Abschnitt der medialen Rinde der ersten Stirnwindung und einen Teil ihrer Markfaserung und den Balken fast in seiner ganzen Ausdehnung. Der Befund entspricht prinzipiell dem klinisch vermuteten und wird noch eine ausführliche Bearbeitung erfahren.

In *Bychowskys* Fällen von Apraxie (22) handelte es sich im ersten um traumatische Läsion wahrscheinlich im Bereiche des linken Stirn- und Scheitellappens. Nach 5 resp. 12 Monaten bestand etwas erschwerte Wortfindung ohne andere aphasische Zeichen oder Störung der Intelligenz des Lesens und des Verständnisses für das Gelesene. Kopieren, Umsetzen einer Schrift in andere und Schreiben einzelner Buchstaben war erhalten, aber die Fähigkeit, ganze Worte auf Diktat zu schreiben oder aus Buchstaben zusammenzustellen, verloren. *B.* beweist, daß dies auf Störung des Handelns beruht und eine isolierte Apraxie des Wortschreibvermögens vorliegt, und daß sich mit dieser Ansicht die Erhaltung gewisser Teilfähigkeiten verträgt, wie die, daß Patient seinen Namen und Zahlen aus dem Gedächtnis richtig schreiben konnte.

Im zweiten Fall bestand einseitige motorische Apraxie, Störung des Nachsprechens bei erhaltenem Sprachverständnis und Spontansprechen und eine Störung des Schreibvermögens, die der im ersten Fall entsprach und wie diese als apraktische zu deuten ist. Genaue anatomische Beschreibung wird später folgen.

In den von *Schuster* (108) bearbeiteten Fällen stand Ataxie im Vordergrunde, im Fall R. mit plötzlichem Entstehen totale verbale und sehr starke literale Ataxie, erhaltenes Schreibvermögen, partielle Seelenblindheit für Zeichnungen, erhaltene optische Phantasie und Störung der akustischen Merkfähigkeit, im Fall M. mit allmählichem Beginn völlige literale und verbale Ataxie, Agraphie, partielle Seelenblindheit für Zeichnungen, anfangs leichte amnestische Aphasie, die sich später verschlimmerte und mit allgemein assoziativ-agnostischen Störungen und Zerfall der Wortbegriffe verband, schwere Störung der Merkfähigkeit und hochgradige Apraxie. In beiden Fällen bestanden keine Lähmungen und keine Hemianopsie. Verf. begründet, daß Ataxie eine Störung der Assoziationsvorgänge ist, die in der Sehsphäre selbst wie zwischen Seh- und Hörsphäre stattfinden. Die Analyse der Erscheinungen läßt als Unterschied zwischen beiden Fällen erkennen, daß

im Fall R. die Verbindungen in der optischen Sphäre selbst sehr stark, die Verbindungen zum Klangbilde weniger vollständig beeinträchtigt waren, während in Fall M. umgekehrt die auf die Sehsphäre beschränkten Assoziationen wenig, die zur akustischen Sphäre ziehenden sehr stark geschädigt waren. In diesem Falle war die optische Störung als eine Teilerscheinung allgemeiner Assoziationsbehinderung aufzufassen. Bezüglich der Lokalisierung der mutmaßlichen Läsionen und der Einzelheiten der gedankenreichen Arbeit ist auf das Original zu verweisen.

Auch *Balint* (6) erklärt den dreifachen Symptomenkomplex in seinem Falle (Seelenlähmung des „Schauens", optische Ataxie, räumliche Störung der Aufmerksamkeit) durch den Ausfall eines großen Teils der mit dem Sehakt verbundenen Assoziationsbahnen. Als Seelenlähmung des Schauens bezeichnet *B.* die Erscheinung, daß der Kranke spontan nicht schaute: er sah zur selben Zeit nur einen einzigen Gegenstand, den er zugleich nur oberflächlich apperzipierte, weil seine Aufmerksamkeit dabei nur oberflächlich war, die Details beachtete er nur bei direkter Aufforderung. Andere Dinge als das besehene erschaute er nicht, wohl aber, wenn er durch Aufforderung neue Impulse bekam. Er sah besser das rechts vom besehenen Gegenstande belegene. Dagegen las er spontan weiter, offenbar weil ihm dieser gewohnte Mechanismus auch ohne direkte Impulse möglich war. In den Bewegungen des rechten Armes zeigte er eine Koordinationsstörung entgegengesetzt der tabischen: es fehlte die Kontrolle durch das Sehen „optische Ataxie", er korrigierte seine Bewegungen durch Tast- und Muskelsinn. Auf diesen Ausfall war auch die Störung des Schreibens und Zeichnens zu beziehen. Es fanden sich hochgradige zum Teil symmetrische Erweichungen hauptsächlich im hinteren Teil der Parietallappen (Gyr. angul. und parietal. post., lobul. pariet. sup., gyr. occipit. prim., temporal secund., rechts auch gyr. supramargin.) neben kleineren Herden und Degenerationen, ein Befund, mit dem *B.* die klinischen Symptome erklärt, soweit dies möglich ist.

### d) Psychosen bei diffusen Gehirnkrankheiten.

In dem Buche von *Brodmann* (16): Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde, liegt die bedeutendste Arbeit dieses Jahres auf dem einschlägigen Gebiete vor. Schon das Inhaltsverzeichnis ist ein Muster einer klaren Disposition über Stoff und Ziele des Buches. *B.* stellt sich die Aufgabe, auf dem Wege der Zytoarchitektonik eine auf anatomische Merkmale gegründete vergleichende Organlehre der Gehirnoberfläche zu schaffen, eine Aufgabe, die in glänzender Weise gelöst wird durch die Untersuchungen der Zellschichtungen des Rindenquerschnittes und ihrer Modifikationen in der Säugetierreihe (vergleichende Zytoarchitektonik) und durch die Feststellung der Felderabteilungen der Hirnoberfläche bei den verschiedenen Säugern auf Grund zytoarchitektonischer Differenzierung (vergleichende topographische Lokalisation). Im Gegensatz zu *Cajal* u. a. weist *B.* nach, daß alle Mammalien den sechsschichtigen Grundplan der Rinde besitzen, dessen regionäre Variationen auf einem bestimmten Gesetz beruhen: wo neue Zellformen an einer Rindenstelle auftreten, modifiziert sich auch irgendwie die übrige Schichtungstechnik des Rindenquerschnitts und umgekehrt. Dabei zeigt sich, daß die spezielle Tektonik einzelner Typen, besonders heterotypischer Formationen, Merk-



male aufweist, die für jede Sippe charakteristisch sind, so bei den Feliden und Ursiden spezifische Entwicklung der Riesenpyramidentypen, bei den Tieraffen ihnen eigentümliche Anlage des Calcarinatypus, bei niederen Affen und Halbaffen des Typus präparietalis, bei Marsupialien spezifische Eigentümlichkeiten des zellulären Kortexbaues in seiner Gesamtheit. Die Erforschung dieser tektonischen Besonderheiten bildet die Grundlage für den zweiten Teil der Arbeit: die Aufstellung der räumlichen Abgrenzung übereinstimmender Rindenfelder, d. h. die vergleichende Oberflächeneinteilung der Großhirnrinde. Die Verfolgung der einzelnen Regiones und ihrer Unterabteilungen, Areae, in der Tierreihe liefert bezüglich der Kortexlokalisation einerseits weitgehende Übereinstimmungen und Verschiedenheiten andererseits, deren Zustandekommen auf Grund von Neuerwerbungen, Verkümmerung oder Verschmelzung nachzuweisen ist. Den dritten Teil des Werkes bildet der Versuch einer morphologischen, physiologischen und pathologischen Kortexorganologie, er gipfelt in dem Satze, daß die Großhirnrinde der Mammalier organologisch als ein Organkomplex zu betrachten ist, als eine Summe von aus gleicher Anlage hervorgegangenen, in verschiedenen Graden der Aus- und Rückbildung begriffenen teils koordinierten, teils subordinierten Partialorganen, welche ihrem histologischen Bau nach spezifisch differenziert und regionär mehr oder minder scharf voneinander abgegrenzt sind. Dies deutet auf ebenso umgrenzte spezifische Funktionen. Wie Verf. schließt „lassen sich die Anschauungen der anatomischen und physiologischen Lokalisation wohl vereinen, beide führen im Prinzip zur Abgrenzung von flächenhaften Bezirken, also zu einer topographischen Gliederung der Hemisphärenoberfläche in differente Organe.“

*Ladame* (63) fordert, auf die Untersuchungen *Brodmanns* fußend, daß der anatomische Grundcharakter jeder Psychose in der zytologischen Lokalisation der krankhaften Veränderung zu suchen ist und zwar durch Zerlegung in Serienschnitte, nicht wie bisher durch Entnahme kleiner Rindenstücke. Solche Schnitte durch das Gehirn mit der unbeschädigten Pia lassen die Beziehungen erkennen, die zwischen den pialen Membranen, insbesondere den Endothelium internum und der membrana externa (*Poirier*) und den Schichten der Rinde bestehen. In diesem Sinne werden Befunde bei Paralyse, Lues und Tumor cerebri, delirante Zustände, Epilepsie, Dementia praecox und manisch-depressive Formen besprochen und an Abbildungen erläutert.

Den noch fehlenden Beweis von der Wesensgleichheit des anatomischen Prozesses bei der Schlafkrankheit und der bei Tieren mit Trypanosoma gambiense experimentell erzeugten, hat *Spielmeyer* (113) durch Impfung von Hunden erbracht. Die anatomischen Bilder erinnerten ungemein an den Befund bei Paralyse, zu der auch manche andere Analogien bestanden, u. a., daß bei dem Hunde mit langer Krankheitsdauer die Trypanosonen bereits vor dem Ausbruche der zentralnervösen Störungen aus dem Blute verschwunden zu sein schienen.

Sclerosis multiplex nach Gonorrhoe hat *Széczi* beobachtet (117). Er schließt das aus dem Mangel anderer Ursache und daraus, daß sich die Symptome mit dem Rückgang der gonorrhoischen Prostatitis besserten.

Die bisher nicht anerkannte traumatische Herkunft von amyotrophischer Lateralsklerose hält *Ladame* (64) in seinem mitgeteilten Fall für gesichert.



*d'Abundo* (1) beschreibt als Folgen einer Stichverletzung in der Höhe des 5—6 Halswirbels neben tabischen Symptomen das Bild einer traumatischen Neurose mit übermäßigem Schwitzen und Frostgefühl (Hyperpsychrästhesie).

In *Siemerlings* (111) Fall von Rückenmarkserkrankung und Psychose bei perniziöser Anämie fanden sich myelitische Herde in den Hinter-, Seiten- und Vordersträngen mit Körnchenzellen und agonale Blutungen in der grauen Substanz. Es handelte sich um einen früher luetischen, tabesbelasteten Potator, bei dem sich psychische und spinale Symptome früh zu dem Bilde der Anämie gesellt hatten. Die Rückenmarkssymptome entsprachen dem anatomischen Befunde, auf den die *Nonne*sche Anschauung zutrifft, daß es sich bei diesen myelitischen Veränderungen nicht um Systemerkrankungen, sondern um herdförmige Myelitis handelt, von denen aus sich die Entstehung der größeren Degenerationsschicht auch im vorliegenden Fall verfolgen ließ. Die Psychose, die zuerst in Eifersuchts und Vergiftungswahn, später in Apathie, in Erregungszuständen und wahnhafter Auslegung seiner Parästhesien zutage trat, ließ sich als alkoholistischer Herkunft deuten. Bemerkenswert war der ungehinderte Fortschritt des Leidens trotz Besserung des anämischen Blutbefundes.

*Flesch* (34) verwertet einen Fall von Paraparesis spastica, kombiniert mit Hinterstrangsymptomen, für die Untersuchung intra- und extramedullärer Tumoren. Der plötzliche Beginn mit einseitigem Wurzelschmerz wies auf einen extramedullären Prozeß, den zunehmende Kompressionserscheinungen, Wirbelsäulenversteifung und Spasmen zu bestätigen schienen, es fand sich indessen Gliomatose des Rückenmarkes.

*Calligaris* (23) erörtert an einem Fall von Syringomyelie von scapulo-humoralem Typus die Topographie der Sensibilitätsstörungen bei Syringomyelie. Die Arbeit ist zu einem kurzen Auszug nicht geeignet.

*Goldstein* (46) setzt auseinander, weshalb in seinem Falle Sensibilitätsstörungen von spinalem Charakter vereinbar sind mit der Annahme eines zerebralen (Kapsel-) Herdes.

*Franz* (41) studiert die Sensibilitätsstörungen bei einem Wärter, dem ein Kranker durch einen Messerstich den N. ulnaris durchschnitten und den N. medianus verletzt hatte, und kommt zu dem Ergebnis, daß auf Verletzung peripherer Nerven ausgebreitete Störung der Tastempfindungen folge, nicht nur als Ausfall bestimmter Qualitäten sondern auch als Erhöhung der Schwellenwerte in weit größerer Ausdehnung als dem Areal des Aufalls entspricht.

Aus einer Reihe sehr gut ausgeführter Bilder weisen *Ayer* und *Aitken* (5) nach, daß die arterielle Versorgung der großen Ganglien nach ihren Untersuchungen wesentlich von dem seit *Charcot* geltenden Ansichten abweicht: die art. cer. med. hat nicht den überwiegenden Anteil, sie versorgt einen begrenzten Teil des Nucleus caud., die Mitte des nucleus lentic. und den mittleren Teil der inneren Kaspel, in geringem Grade die äußere Kapsel, nicht aber den Thalamus. Die Art. cer. ant. versorgt konstant den Kopf des Nucl. caud., hauptsächlich den Globus pall. und das vordere Drittel des Putamen, den vorderen Teil der inneren Kapsel und etwas die äußere Kapsel. Die Art. car. post. versorgt den Thalamus opt., die Art. chroid aus der Carotis int. etwas das hintere Drittel des Putamen, den Globus pallidus

und den inneren Teil der Caps. int. Die von *Duret* als lentico-optische Arterien beschriebenen Abzweigungen der Art. cer. med. ließen sich in keinem der untersuchten Fälle nachweisen.

In einem Fall von rechtsseitiger Porenkephalie und Mikrogyrie fand *Oeconomakis* (85) die Taenia pontis (*Henle*) auf der Seite der atrophischen rechten Pyramide atrophisch, auf der Seite der hypertrophischen linken Pyramide hypertrophisch. Da der Träger keine einseitige Motilitätsstörung gezeigt hatte, scheint die Hypertrophie der Taenia kompensatorische Bedeutung zu haben. *O.* spricht sie als ein zerebrofugales, zerebellopetales, aus den pedunkulären Fasern entspringendes Bündel an.

*Jacobson* (55) gruppiert die Kerne des menschlichen Hirnstammes nach einem anatomischen Grundplan. Bezüglich der Einzelheiten ist auf das Original zu verweisen.

*Todde*s Untersuchungen (119) erstrecken sich auf die Gerinnungsstrukturen der Zellen auf und nach Einwirkung von Hitze, Fäulnis und präzipitierenden Agentien.

In einer zweiten Arbeit behandelt *Todde* (120) die nach *Donaggio* gefundenen Veränderungen am Fibrillennetz der Vorderhornzellen bei Kaninchen nach Durchtrennung der Hinterstränge. Er konstatiert bemerkenswerte Unterschiede, wenn die operierten Tiere vor dem Tode längere Zeit in Eis von 0° abgekühlt waren.

*Schütz* (110) schildert zunächst die postmortalen Veränderungen (nach *Bielschowsky*) an den Zellen und Neurofibrillen an normalen Gehirnen. Sie setzen etwa 12 Stunden p. m. ein, zuerst werden die Zellbilder verschwommen, dann verkleben die Fibrillen miteinander, später folgt Fragmentation, Körnchen-Reihenbildung und staubiger Zerfall der Zelle. Der Prozeß beginnt im Zelleibe, die Zellkerne nehmen früh einen dunkleren Farbenton an, Vakuolenbildung gehört gewöhnlich nicht zu den postmortalen Veränderungen. Den Hauptteil der Arbeit bilden die Untersuchungen von 15 Gehirnen Geisteskranker. Wenn die gefundenen Veränderungen auch nicht spezifisch für die einzelnen Psychosen sind, erscheinen sie doch am ausgeprägtesten bei der Paralyse und der postsyphilitischen Demenz, sie bestehen in Verwischung der Architectonik der Rinde und in Lichtung des extrazellulären Fasernetzes. Die Ganglienzellen verlieren ihre Lage zueinander und ihre klaren Umrisse, werden ärmer an Fortsätzen, die Kerne verlieren die zentrale Lage und färben sich dunkler, die Neurofibrillen sind verklebt, gequollen, werden zu Körnchenreihen und zerfallen. Vakuolenbildung ist für sich allein keine pathologische Erscheinung. Wahrscheinlich beruhen die Veränderungen an den Zellen und den Neurofibrillen auf einer gemeinsamen Ursache und toxisch-infektiösen Prozessen. Bei der Idiotie kommen abweichende Befunde vor und bei chronischen Psychosen scheint stärkere Pigmentierung früher aufzutreten als unter normalen Verhältnissen.

Nach den von *Trendelenburg* und *Bumke* (122) an Katzen, Hunden und Affen angestellten Experimenten erfolgt nach halbseitiger Durchschneidung des Halsmarkes und der Medulla kaudalwärts vom *Budge*schen Ursprungszentrum des Halssympathikus Verengerung der gleichseitigen Pupillen, die ausbleibt, wenn vorher der Sympathikus beiderseits reseziert ist oder seine obersten Halsganglien entfernt

sind, und sich ausgleicht, wenn diese Operationen dem Markschnitt nachträglich hinzugefügt werden. Der Einfluß des Sympathikus ist demnach erwiesen. Bezüglich der Erklärungsmöglichkeiten für den allmählichen spontanen Ausgleich der Pupillendifferenz muß auf das Original verwiesen werden.

---

## 5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

### I. Allgemeines.


1. *Alt*, *K.*, Prof. Dr. Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe: Abänderung der Vorschriften über Anlagen, Bau und Einrichtung der Irren- usw. Anstalten. Ztschr. f. Medizinalbeamte 1909, H. 16. (S. 251*.)
2. *Archdale*, Remarks on hospital (i. e. asylum) treatment of the acutely insane. Journ. of mental science. July. (S. 259*.)
3. *Beattie Smith*, The housing of the insane in Victoria, with special reference to lincensed houses and border-line cases. Journ. of mental science. July. (S. 259*.)
4. *Berze*, *J.*, Dr. Primararzt in Wien-Steinhof, Dubief und die französischen Anstaltsärzte. Psych.-neurolog. Wschr. XI. Jahrg. Nr. 28. (S. 256*.)
5. *Beyer*, *E.*, Dr., Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 26. (S. 253*.)
6. *Beyer*, Dr., Zur Irrengesetzgebung in Bayern. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg. Nr. 8. (S. 253*.)
7. *Boulenger*, Quelques appréciations étrangères sur l'assistance des aliénés en Belgique. Journ. méd. de Bruxelles Nr. 47. (S. 307*.)
8. *Bresler*, *J.*, Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg. Nr. 25. (S. 255*.)
9. *Buchholz*, Prof. Dr. (Hamburg), Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge. Wien 1909. Franz Doll. (S. 252*.)
10. *Bürger*, *L.*, Dr., Darstellung und Beurteilung der modernen Heizungs- und Ventilationssysteme in Krankenhäusern. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 3. Folge, XXXVII, 2. (S. 254*.)






11. *Campbell Meyers*, Neuropatic wards in general hospitals. Americ. journ. of insan.

12. *Chyzer*, *C.*, Dr. Ministerialrat, Die Fortschritte der Irrenpflege in Ungarn. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 23. (S. 258*.)

13. *Cramer*, *A.*, Geh.-Med.-Rat Prof. Dr., Göttingen, Irrenanstalten und Irrenbehandlung. Real-Enzykl. d. ges. Heilk. 4. Aufl. Verlag Urban u. Schwarzenberg in Berlin u. Wien. (S. 250*.)

14. *Dees*, Direktor Dr., Die Heil- und Pflegeanstalt Gabersee in ihrer Entstehung und deren Geschichte in den ersten 25 Jahren. München 1909. Meisenbach, Riffarth u. Co. (S. 255*.)

15. *Dutoit*, Dr. *A. A.*, Das Irrenwesen in Frankreich. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25, H. 2. (S. 258*.)

16. *Edel*, Dr. *Max*, Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Edelschen Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Charlottenburg 1869—1909. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Dr. *W. Sander*. Berlin 1909. August Hirschwald. 153 S. (S. 263*.)

17. *Epstein*, *L.*, Dr. Direktor d. Kgl. Staatsheilanstalt in Nagyszeben, Die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 23. (S. 257*.)

18. *Falkenberg*, *Wilhelm*, Dr. Oberarzt, Herzberge, Die Pflege Geisteskranker. Anleitung zum Krankendienst für Pfleger und Pflegerinnen. 48 S. 1 M. Leipzig 1909. G. Thieme. (S. 256*.)

19. *Falkenberg*, *W.*, Dr., Die Weiterbildung der Irren- und Nervösenpflege. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 34. (S. 257*.)

20. Festschrift zum 25 jährigen Jubiläum des Direktors Dr. med. *Th. Tilling* von den Ärzten der städtischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Rothenberg. Riga. A. v. Grothuß. (S. 258*.)

21. *Fischer*, *Max*, Dr. Med.-Rat, Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden. Erstattet im Auftrag des Großh. Ministeriums des Innern. Karlsruhe 1909. G. Braunsche Hofbuchdruckerei. (S. 252*.)

22. *Gerenyi*, *Fedor*, n.-ö. Landes-Ober-Inspektionsrat, Wien, Irrenpflege und Verwaltung. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 46. (S. 251*.)

23. *Heuser*, *Karl*, Dr., Atypische Bazillenruhr in einer Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 39. (S. 254*.)





24. *Hockauf*, *Anton*, Dr., Primararzt in Gugging, Ein Besuch der Familienpflegestationen in Fife, der Anstalten Baugour-Village, des Royal Edinburgh Asylum und der Aufnahmestation in Glasgow für Schottland. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 29—32. (S. 259*.)
25. *Hockauf*, *A.*, Dr., Ein Besuch der Epileptikerkolonie Ewell und der Irrenanstalten Long Grove und Hanwell in London. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 19. (S. 259*.)
26. *Hollós*, *István*, Dr., Alte und neue Irrenanstalten. Berl. klin. Wschr. 1909, Nr. 18. (S. 257*.)
27. *Hoppe*, *Fritz*, Dr., Zur Standesfrage der Irrenanstaltsärzte. Berl. klin. Wschr. 1909, Nr. 36. (S. 256*.)
28. *Hutschings*, *Richard*, Tuberculosis in hospitals of the insane. Amer. journ. of insan. Bd. 65, H. 4. (S. 305*.)
29. *Ilberg*, *G.*, Dr., Die Verbesserung des Einkommens der Kgl. Sächs. Irrenärzte. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 31. (S. 256*.)
30. *Ilberg*, *G.*, Dr., Über die Bezüge des Pflegepersonals an den Kgl. Sächsischen Staatsirrenanstalten. Die Irrenpflege XIII. Jahrg., Nr. 2. (S. 256*.)
31. *Jones*, *Ernest*, Receiving houses. Journ. of mental science, July. (S. 259*.)
32. *Kieserling*, Dr., Die Entwicklung der Familienpflege in Lublinitz. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 51. (S. 255*.)
33. *Krell*, Ober-Med.-Rat Dr., Typhus in Großschweidnitz. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 9. (S. 254*.)
34. *Kreuser*, Med.-Rat Dr., Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine. 11 S. Wien 1909. Franz Doll. (S. 260*.)
35. *Levet*, L'assistance des aliénés algériens dans un asile metropolitain. Ann. méd.-psych., janvier-avril. (S. 258*.)
36. *Liefmann*, Dr., Beitrag zur Behandlung der Typhusbazillenträger. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 10. (S. 254*.)
37. *Lilienstein*, Dr., Über Eindrücke und Beobachtungen beim Besuch japanischer Krankenhäuser und Irrenanstalten. Neurologia Bd. VII, H. 12, Tokio. (S. 259*.)
38. *Lomer*, *G.*, Dr., Die Wahrheit über die Irrenanstalten. 39 S. 1 M. Wiesbaden 1909. J. F. Bergmann. (S. 251*.)
39. *Lomer*, *G.*, Dr., Ein Ausflug nach Ebberödgaard. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 17. (S. 258*.)



40. *Mohr, Fr.*, Dr., Die Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke vom hygienischen Standpunkt aus betrachtet. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. (S. 254*.)

41. *Major, G.*, Über psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. I, H. 4. (S. 255*.)

42. *Moravcsik, E.*, Dr., Die psychiatrische Klinik der kgl. Universität in Budapest. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 50. (S. 258*.)

43. *Näcke, P.*, Prof. Dr., Die Verselbständigung der Anstaltsärzte. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 37. (S. 253*.)

44. *Návrat, V.*, Dr., Die Entwicklung des Irrenwesens in Mähren und die neue Kaiser Franz Josef I. Landes-Heilanstalt in Kremsier. 59 S, Prag 1908. Graph. Anstalt J. Stenc. (S. 257*.)

45. *Rehm, O.*, Dr., Das Kinderhaus der Heilanstalt Dösen (Leipzig). Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. 1909, Bd. 3. (S. 255*.)

46. *Roxo, Henrique*, Causas de reinternação de alienados no hospicio nacional. Rio de Janeiro. (S. 306*.)

47. *Salzwedel*, Prof. Dr., Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauch für Krankenpflegeschulen, sowie zum Selbstunterricht. 9. Aufl. 513 S. Berlin 1909. August Hirschwald. (S. 257*.)

48. *Sarason, D.*, Dr., „Freilufthäuser", ein neues Bausystem für Wohnhäuser und Krankenanstalten aller Art. Vortrag auf dem 16. internationalem med. Kongreß, Budapest.

49. *Schlöß, H.*, Dr., Leitfaden für Irrenpfleger. 3. Aufl. 118 S. 1,50 M. Wien u. Leipzig. 1909. Franz Deuticke. (S. 256*.)

50. *Scholz*, Direktor Dr., Die Ausbildung des Pflegepersonals. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg., Nr. 48. (S. 256*.)

51. *Seelig, P.*, Dr., Über psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psych. Bd. I, H. 2. (S. 254*.)

52. *Stanley, Abbot*, Forms of insanity in fife years admissions to, and discharges from, the hospitals for the insane in Massachusetts. Amer. journ. of insan. Bd. 66, Nr. 1. (S. 306*.)

53. *Starlinger, J.*, Reg.-Rat Direktor Dr., Zum Ausbau des Anstaltswesens. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 15/16. (S. 251*.)







54. *Stelzer, D.*, Dr., Unsere Bürstenbinderei. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 6. (S. 255*.)

55. *Sternberg, W.*, Dr., Die Krankenküche. Deutsche med. Wschr. 1909, Nr. 17. (S. 255*.)

56. *Sternberg, W.*, Dr., Die moderne Kochküche im Großbetrieb. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 1909, Bd. 63. (S. 255*.)

57. *Tamburini, A.*, Sulla statistica degli alienati in Italia nel 1907. Riv. sper. di Freniat. Bd. 35, H. 2—3. (S. 304*.)

58. *Toll, H.*, Die Grundlagen der Krankenpflege. Ein Buch für Krankenpflegerinnen. Autorisierte Übersetzung von Dr. *Leo Klemperer* in Karlsbad. 274 S. Wien u. Leipzig 1909. W. Braumüller. (S. 257*.)

59. *Urquhart*, On the treatment of the insane in the great general hospitals. The journ. of mental science. April. (S. 253*.)

60. *Wachsmuth, H.*, Dr., Die Dauerbäder der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M., ihre Einrichtung und ihr Betrieb. Psych.-neurol. Wschr. XI. Jahrg., Nr. 22. (S. 255*.)

61. Westfalen, „Die provinzielle Selbstverwaltung Westfalens". Aus Anlaß des 50. Zusammentritts des westfälischen Provinzial-Landtages dargestellt von Landeshauptmann Dr. *Hammerschmidt* und den oberen Provinzialbeamten. 464 S. Münster i. W. 1909. J. Bredt. (S. 251*.)

62. *Wickel, C.*, Dr., Das Bewahrungshaus. Psych.-neurol. Wschr. X. Jahrg. Nr. 37. (S. 253*.)

## II. Anstaltsberichte.

63. Allenberg (Ostpr.), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers*. (S. 260*.)

64. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg. Bericht pro 1908. Oberarzt Dr. *Kellner*. (S. 293*.)

65. Bayreuth, oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Med.-Rat Dr. *Kraußold*. (S. 279*.)

66. Brandenburgischer Provinzialausschuß, Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 29. Jan. 1909. (S. 262*.)

67. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke, 34. Jahresbericht pro 1908. Eberswalde 1909, C. Kemnitz. (S. 307*.)



68. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Hahn.* (S. 267*)
69. Brieg, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen.* (S. 267*.)
70. Brünn, Mährische Landesirrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *A. Hellwig.* (S. 297*.)
71. Buch, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Richter.* (S. 265*.)
72. Bunzlau, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Neißer.* (S. 268*.)
73. Burghölzli, Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler.* (S. 297*.)
74. Cery, Rapport annuel de l'asile de Cery 1908. (S. 302*.)
75. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Kroemer.* (S. 260*.)
76. Dalldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander.* (S. 263*.)
77. Dösen, Heilanstalt der Stadt Leipzig. Bericht pro 1908. Dir.: Ob. Med.-Rat Dr. *Lehmann.* (S. 285*.)
78. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Kaiser.* (S. 265*.)
79. Eglfing bei München, Oberbayerische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Vocke.* (S. 280*.)
80. Eichberg, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt im Rheingau. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *R. Snell.* (S. 276*.)
81. Ellen bei Bremen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Delbrück.* (S. 293*.)
82. Ellikon a. d. Thur, Trinkerheilstätte. XX. Jahresbericht 1908. (S. 302*.)
83. Emmendingen, Großherzogl. Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Haardt.*(S. 287*.)
84. Feldhof zu Graz, Steiermärkische Landes-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Sterz.* (S. 296*.)
85. Freiburg i. B., Großherzogl. Badische psychiatrische Klinik. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Hof-Rat Prof. Dr. *Hoche.* (S. 287*.)
86. Freiburg i. Schl., Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg.* (S. 268*.)



87. Friedmatt, kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 299*.)
88. Friedrichsberg, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des hamburgischen Staates. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *Weygandt*. (S. 292*.)
89. Gabersee, Oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Dees*. (S. 280*.)
90. Gehlsheim, Großh. Mecklbg. Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Rostock i. M. Bericht pro 1908. Dir. Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt*. (S. 289*.)
91. Göttingen, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Cramer*. (S. 272*.)
92. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr*. (S. 263*.)
93. Heidelberg, Psychiatrische Klinik. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *Nissl*. (S. 288*.)
94. Hephata zu M.-Gladbach, Evangelische Idiotenerziehungs- und Pflegeanstalt. 50. Bericht.. Dr. *Ahlmeyer*. (S. 279*).
95. Herzberge, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*. (S. 264*.)
96. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht pro 1908. (S. 307*.)
97. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Gerstenberg*. (S. 272*.)
98. Illenau, Großh. badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Rat Dr. *Schüle*. (S. 288*.)
99. Kaufbeuren, Bayerische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Prinzing*. (S. 281*.)
100. Königsfelden (Aargau), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Fröhlich*. (S. 301*.)
101. Kortau (Ostpr.), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Stoltenhoff*. (S. 260*.)
102. Kosten (Posen), Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Dluhosch*. (S. 266*.)
103. Kremsier, Mährische Kaiser Franz Josef I. Landes-Heilanstalt. Bericht pro 1906/08. Dir.: Dr. *Návrat*. (S. 297*.)
104. Kreuzburg (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 268*.)



105. K u t z e n b e r g , Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Kolb.* (S. 281*.)

106. L a n g e n h a g e n , Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Völker.* (S. 272*.)

107. L a n g e n h o r n , Irrenheil- und Pflegeanstalt des hamburgischen Staates. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *Neuberger.* (S. 292*.)

108. L e u b u s (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter.* (S. 269*.)

109. L e w e n b e r g (Schwerin i. M.), Großh. Heil- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder. Bericht 1908/09. Dir.: Med.-Rat Dr. *Jenz.* (S. 290*.)

110. L i n d e n h a u s bei Lemgo, Fürstl. lippische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht 1908/09. Dir.: Dr. *W. Alter.* (S. 291*.)

111. L ü b e c k , Staatsirrenanstalt. Bericht 1. April 1904 bis 31. März 1909. Dir.: Dr. *Wattenberg.* (S. 293*.)

112. L ü n e b u r g , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell.* (S. 273*.)

113. L u z e r n , Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern. Bericht pro 1908. (S. 307*.)

114. M e e r e n b e r g , Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1908. Dir.: Dr. *van Walsem.* (S. 303*.)

115. M ü n c h e n , Kgl. psychiatrische Klinik. Bericht pro 1906/07. Dir.: Hof-Rat Prof. Dr. *Kraepelin.* (S. 282*.)

116. M ü n s t e r l i n g e n (Thurgau), Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Brauchli.* (S. 300*.)

117. N e u s t a d t in Westpr., Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas.* (S. 261*.)

118. N e u s t a d t in Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Dabelstein.* (S. 270*.)

119. N e w J o r k , Albany hospital 1907/08. (S. 305*.)

120. N i e d e r n h a r t , Oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Schnopfhagen.* (S. 295*.)

121. O b r a w a l d e , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir. Dr. *Scholz.* (S. 266*.)

122. O s n a b r ü c k , Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider.* (S. 274*.)



123. O w i n s k , Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.: Rat Dr. *Werner.* (S. 266*.)

124. P f o r z h e i m , Großh. badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Fischer.* (S. 288*.)

125. P o t s d a m , Brandenburgische Provinzialanstalt für Epileptische mit Idiotenbildungsanstalt „Wilhelmstift". Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Kluge.* (S. 262*.)

126. P r é f a r g i e r , Maison de santé. 60me rapport annuel. Dir.: Dr. *Dardel.* (S. 302*.)

127. R h e i n p r o v i n z , Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten 1908/09. (S. 277*.)

128. R h e i n p r o v i n z , Hilfsverein für Geisteskranke. 8. Jahresbericht 1908. (S. 307*.)

129. R o c k w i n k e l bei Bremen, Privat-Heil- und Pflege-Anstalt für Nervenleidende und Geisteskranke. Bericht pro 1908. Bes.: Dr. *Engelken.* (S. 293*.)

130. R o d a , Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für Sachsen-Altenburg. 50. Bericht 1908. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 291*.)

131. R o d a , Herzoglich sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben von 6—16 Jahren. 5. Bericht 1908. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer.* (S. 291*.)

132. R o s e g g (Solothurn), Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *L. Greppin.* (S. 299*.)

133. R y b n i k (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Zander.* (S. 269*.)

134. S a a r g e m ü n d , Lothringische Bezirks-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar.* (S. 295*.)

135. S a c h s e n , Königreich, Das Irrenwesen im Jahre 1907. Leipzig 1909. Verlag von F. C. W. Vogel. (S. 283*.)

136. S a c h s e n b e r g , Großh. Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schwerin i. M. Bericht pro 1908. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Matusch.* (S. 289*.)

137. S a l z b u r g , Landes-Heilanstalt für Geistes- und Gemütskranke 1898—1908. Dir.: Reg.-Rat Dr. *Schweighofer.* (S. 295*.)

138. S c h l e s w i g , Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht über das 88. Verwaltungsjahr 1908. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff.* (S. 271*.)



139. Schleswig, Provinzial-Idiotenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Zappe*. (S. 271*.)
140. Schweizerhof bei Graz, Privatheilanstalt. Dir.: Dr. *v. Scarpatetti* zu Unterwegen. (S. 296*.)
141. Schwetz, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen*. (S. 261*.)
142. Scotland: 51. annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. 1908. (S. 303*.)
143. Sigmaringen, Fürst-Carl-Landesspital. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Longard*. (S. 291*.)
144. Société genevoise de patronage des aliénés. (S. 307*.)
145. Sonnenhalde bei Riehen, Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke (Kanton Basel). 9. Bericht. Dir.: Dr. *Bach*. (S. 299*.)
146. Stephansfeld-Hördt, Elsässische Bezirks-Irrenanstalt Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Ransohoff*. (S. 294*.)
147. St. Pirminsberg, Kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Haeberlin*. (S. 300*.)
148. Tannenhof, Evangelische Heil- und Pflegeanstalt bei Lüttringhausen (Rheinland). Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Beelitz*. (S. 279*.)
149. Tapiau (Ostpr.), Landespflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dr. *Havemann*. (S. 260*.)
150. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Schütze*. (S. 270*.)
151. Uccle, Rapport sur le service médical du sanatorium du Fort Jaco à Uccle (Belgien) 1908. (S. 303*.)
152. Ungarns Irrenwesen im Jahre 1908. Budapest 1909. Veröffentlicht vom Kgl. Ungarischen Ministerium des Innern. (S. 297*.)
153. Valduna, Landesirrenanstalt in Vorarlberg. Bericht für 1904—1908. (S. 296*.)
154. Waldau, Münsingen, Bellelay, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht pro 1908. Dir.: Prof. Dr. *v. Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiß*. (S. 298*.)
155. Waldhaus, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 301*.)





156. Wehnen, Großh.-Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 290*.)
157. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 277*.)
158. Westfalen, Berichte der Direktoren der Provinzialheilanstalten pro 1907. Münster 1908. Universitätsbuchdruckerei. (S. 274*.)
159. Wiesloch, Großh.-Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1908. Dir.: Med.-Rat Dr. *Fischer*. (S. 289*.)
160. Wil, Kantonales Asyl (St. Gallen). Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 299*.)
161. Württemberg, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1907. Herausgegeben vom Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart 1909. W. Kohlhammer. (S. 286*.)
162. Wuhlgarten, Berliner städtische Anstalt für Epileptische. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Hebold*. (S. 265*.)
163. Zihlschlacht (Thurgau), Heilanstalt Friedheim. Bericht 1907—1908. Dir.: Dr. *Krayenbühl*. (S. 302*.)

Die Irrenanstalt gehört zum wichtigsten Hilfsmittel in der Behandlung von Geistesstörungen, so führt *Cramer* (13) aus und schildert dabei in der ihm eigenen anschaulichen, fesselnden Weise Geschichte und Entwicklung der Heil- und Pflege-Anstalten. Er weist dabei mit Recht darauf hin, daß das Wohl der Kranken nicht allein von baulichen Einrichtungen, sondern ganz besonders auch von der Behandlung abhängt. Jedes einzelne Symptom der Krankheit mit einer entsprechenden technischen Feinheit bekämpfen zu wollen, geht zu weit. „Nicht das Gebäude allein bestimmt die Art der Behandlung, sondern vor allem der Geist und das Streben des Leiters.“ Der Wert der kolonialen Anstalt, der freien Behandlung und der Familienpflege wird besonders gewürdigt. „Isolierung und Beschäftigungslosigkeit sind die schlimmsten Feinde unserer Kranken.“ „Die Familienpflege bildet einen nicht mehr zu entbehrenden Teil in der Behandlung der Geisteskranken. Diejenigen Geisteskranken, welche durch ihr unsoziales Verhalten die freie Behandlung stören, sollen in besonders gesicherten, im Zusammenhang mit einer Irrenanstalt errichteten Verwahrungshäusern verpflegt werden. Beim Anstaltsbau will *Cramer* möglichst jeden Luxus vermieden wissen; mehr wie 5000 M. sollen pro Kopf und Bett nicht aufgewendet werden. Auf unsere mangelhafte Idiotenpflege wird besonders hingewiesen. Die ausgezeichneten Ausführungen über den komplizierten Apparat der modernen Irrenbehandlung betonen besonders die Wichtigkeit der Prophylaxe und die Notwendigkeit rationeller Beschäftigung bei Rekonvaleszenten und chronisch Kranken.



Zum Thema „Irrenpflege und Verwaltung“ macht der bekannte, verdienstvolle Landes-Ober-Inspektionsrat *v. Gerenyi* (22) beachtenswerte Ausführungen. Er weist auf die vielfachen Beziehungen der öffentlichen Verwaltung zur Irrenpflege hin und betont, daß die Verwaltungen ihre Aufgaben auf dem Gebiete der Irrenpflege mit Errichtung von Irrenanstalten, landwirtschaftlichen Kolonien für Geisteskranke und Einführung der Familienpflege noch lange nicht erfüllt haben. Die Verwaltung muß auf dem Gebiete des Irrenwesens auch prophylaktisch wirken. Sie tut das durch Errichtung von Nervenheilanstalten und wirksame Beteiligung am Kampfe gegen die verheerenden Volksübel Alkoholismus und Syphilis.

*Starlinger* (53) schildert kurz die gewaltigen Fortschritte der Irrenpflege und des Anstaltswesens in den letzten Dezennien und gibt dann wertvolle Winke, nach welcher Richtung hin die Fortentwicklung erfolgen soll; er betont dabei die Notwendigkeit professionaler und pädagogischer Weiterbildung der Jugendlichen usw. Die systematische Ausgestaltung des Anstaltslebens nennt Verf. Zivilisierung und Sozialisierung des Anstaltswesens. „Sie sollen die Anstalten völlig befreien von allem Geheimnisvollen und Absonderlichen, und das Leben und Treiben in denselben soll sich nur insofern von der Außenwelt oder dem Leben in einem gewöhnlichen Kurhause unterscheiden, als Zweck und Notwendigkeit es absolut erfordern.“

„Die provinzielle Selbstverwaltung Westfalens“, aus Anlaß des 50. Zusammentritts des westfälischen Provinziallandtages dargestellt von Landeshauptmann Dr. *Hammerschmidt* (61) und den oberen Provinzialbeamten, gibt einen ausgezeichneten Überblick über die Entwicklung und die Leistungen der Provinzialverwaltung Westfalens. Hier interessieren besonders die Kapitel 17 und 31, welche von der Fürsorge für Geisteskranke, Idioten und Epileptische (bearbeitet von Geh. Med.-Rat Dr. *Gerlach* und Landesrat *Boese*) und von den Heil- und Pflege-Anstalten (bearbeitet von Landesbaurat *Zimmermann*) handeln. Die Ausführungen geben ein klares Bild über Entwicklung und jetzigen Stand der pronziellen Irrenfürsorge und bilden einen wertvollen Beitrag zur Geschichte der Psychiatrie und des Anstaltswesens.

*Lomers* (38) „Wahrheit über die Irrenanstalten“ schildert die Zustände in den Anstalten von einst und jetzt, erinnert an die Zeiten, wo man die Geisteskranken mit Verbrechern zusammensperrte, mit Tobstuhl, Drehbett usw. behandelte, und beschreibt dann in anschaulicher Weise die heutige moderne Irrenanstalt in Anlage, Organisation und Betrieb. Hoffen wir, daß *Lomers* der breitesten Öffentlichkeit gewidmetes Buch in weite Kreise Eingang finde und im Publikum aufklärend wirke gegenüber den vielen Vorurteilen und dem leider immer noch herrschenden Mißtrauen gegen die Anstalten und alles, was damit zusammenhängt.

Die zurzeit in Preußen durch Provinzialpolizeiverordnungen geltenden Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen und privaten Heilanstalten sollen einer Neubearbeitung unterzogen werden. Auch *Alt* (1) ist in dieser Angelegenheit zum Bericht aufgefordert und gibt auf Grund seiner reichen Erfahrung wertvolle Winke zur Verbesserung der bestehenden Vorschriften. Er weist mit Recht darauf hin, daß beim Bau von Irrenanstalten oft der Grundriß

gegenüber der Fassade zu kurz kommt, daß auf die Außenansicht Geld verschwendet, im Innern geknausert wird. *Alt* verlangt für alle von Kranken bewohnte Räume vollkommene Unterkellerung, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, Aborte mit Wasserspülung und gute Kanalisation, ebenso geräumige — pro Badewanne 30 cbm Luftraum —, nicht im Keller gelegene Baderäume; auf 15 Kranke je 1 Badewanne.. Besondere Infektionsbaracken und Tuberkulose-Abteilungen hält er für unbedingt notwendig; auf je 25 Betten 1 disponibler Raum zur Isolierung für Infektiöse. Die bisherige Raumbemessung in den Schlafräumen ist bei der jetzt allgemein durchgeführten Bettbehandlung zu gering; auch für die Tagesräume soll ein Minimum an Luftraum gefordert werden. Schlafräume mit mehr als 10 Betten hält *Alt* für verwerflich, solche mit 3—6 Betten für erwünscht. Pro 50 Kranke ein Einzelraum zur Absonderung störender Elemente.

Hamburg hat als besonders durch Zuwachs von außen schnell wachsende Großstadt und als eine der größten Hafenstädte der Welt — so führt *Buchholz* (9) in seinem auf dem 3. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge in Wien gehaltenen Vortrag über Hamburgische Irrenfürsorge aus —, mehr psychisch Kranke zu versorgen als andere entsprechende Bezirke und verfügt dabei über ein eigenartiges internationales Krankenmaterial. 1907 befanden sich in öffentlichen Anstalten 2195 Kr. (2,36 Kr. auf 1000 Einwohner). Zahl der mit dem Strafgesetz in Konflikt geratenen Kranken relativ hoch, Zahl der auf Gerichtsbeschluß zur Beobachtung Aufgenommenen sehr hoch. Behandlungsmethoden in den Hamburger Anstalten; hierbei werden besonders betont die großen bei Krankenbesuchen eingeführten Freiheiten. Alle Besuche finden auf den Abteilungen statt; auch frisch Erkrankten sind dadurch keine Schädigungen erwachsen; die in dieser Hinsicht anfänglich gehegten Befürchtungen erwiesen sich bald als nichtig; kleine Übelstände (Durchstechereien) wiegen die großen Vorteile nicht auf. Bestimmungen und Verordnungen über Aufnahme und Entlassung der Kranken. Alle Beschwerden über ungerechtfertigte Zurückhaltung Kranker u. dgl. gehen an die Kommission des Medizinalkollegiums für das Irrenwesen; ihr gehören neben sachverständigen Ärzten auch zwei bürgerliche Mitglieder an.

In seiner im Auftrage des Großh. Ministeriums des Innern erstatteten Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden verbreitet sich *Fischer* (21) zunächst über die Entwicklung der badischen Irrenfürsorge seit 1901. Die damals aufgestellten Forderungen (Denkschrift von *Schüle*, *F. Fischer*, *Haardt* und *M. Fischer*) reichen nicht aus. Die Überfüllung der Anstalten besteht in verstärktem Maße fort. Beständiges Wachsen der jährlichen Aufnahmen; regelmäßige Zunahme der Verpflegungstage; Zudrang zu den Anstalten unverhältnismäßig groß; wegen Platzmangel können nicht alle der Anstaltsbehandlung Bedürftigen aufgenommen werden. *Fischer* fordert auf je 1000 Einwohner mindestens 3 Anstaltsplätze. Von der Weiterentwicklung der Familienpflege verspricht er sich bei den badischen Bevölkerungsverhältnissen keine wirksame Erleichterung der staatlichen Irrenfürsorge, er befürwortet warm den Bau weiterer Heil- und Pflegeanstalten und zwar Pavillonanstalten mit agrikolem Betrieb. Die alte Pforzheimer Anstalt soll aufgelassen und als Ersatz dafür ein großes Irrenasyl mit 1600—2000 Betten errichtet werden, das in zwei in Betrieb und Verwaltung vollständig getrennte, selb-



ständige Krankenhausanlagen mit gemeinsamen Zentralanlagen zerfällt. Besondere Beachtung verdienen *Fischers* Ausführungen über Bau und Einrichtung sog. Mammutanstalten sowie seine Vorschläge zur Verbilligung des Pavillonsystems.

*Urquhart* (59) erörtert, wie die früheren kasernenartigen Bauten sich in verschiedene einzelne besondern Zwecken dienende Gebäude aufgelöst haben, und so auch besondere Gebäude für körperlich kranke Irre entstanden sind. Weiter hat man begonnen, in den allgemeinen Krankenhäusern besondere Aufnahmestationen für Geisteskranke einzurichten. Zum Schlusse betont Verf. die nahe Beziehung der Psychiatrie zur inneren Medizin, indem es gelingt, immer mehr körperliche Veränderungen bei den Geisteskrankheiten nachzuweisen. *Ganter.*

Zu *Webers* Ansichten über die großen modernen Riesenanstalten (Hannoverscher Kurier vom 14. Juni 1909 und Psych.-Neurol. Wschr. XI. Jahrg. Nr. 20) äußert sich *Näcke* (43) kritisch und meint, es geht auch mit den sog. Riesenanstalten, kleinere Anstalten sind freilich im allgemeinen vorzuziehen. Ausschlaggebend ist vor allem die Organisation des ärztlichen Dienstes. *Näcke* fordert möglichst baldiges Selbständigwerden auch der jüngeren Ärzte.

*Beyer* (6) beschäftigt sich mit den vom Verein bayrischer Psychiater gemachten Reformvorschlägen zur künftigen Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Er ist nicht einverstanden mit dem Vorschlag, daß die Aufnahmen allein auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses und auf Antrag der nächsten Angehörigen erfolgen, die Genehmigung der Regierung fortfalle und gewissermaßen durch eine Berufungs- resp. Überwachungskommission ersetzt werde. *Beyer* will die Entscheidung darüber, ob jemand geisteskrank sei oder nicht, nicht in die Hände einer Kommission gelegt wissen, bei der Laien das Übergewicht haben; er will auf die Mitwirkung der Behörden bei den Aufnahmen nicht verzichten, bei „vorläufigen Aufnahmen" deren Genehmigung alsbald nachträglich einholen; eventuell soll ein „Landespsychiater" über den Geisteszustand der Internierten entscheiden. Daß gelegentlich auch eine erschwerte Entlassung im Interesse der Kranken liegt, darauf wird besonders hingewiesen.

Unter den jetzigen Verhältnissen glaubt *Wickel* (62) die geisteskranken Verbrecher am besten in „Bewahrungshäusern" untergebracht, die zweckmäßig einer Provinzialanstalt angegliedert werden. Sind zwei oder mehr solche Häuser nötig, so empfiehlt er, sie auf die Anstalten zu verteilen. Einrichtung und Betrieb des Bewahrungshauses schildert er kurz. Die in der Anstalt verbrachte Zeit soll auf die Strafzeit angerechnet werden. *Wickel* hält es für zweckmäßig, wenn der Staat die Fürsorge für die nach der Verurteilung oder während des Strafvollzugs geistig Erkrankten bis zur Beendigung der Strafzeit in eigenen Anstalten übernehmen würde, so daß sie erst nach abgelaufener Strafzeit in die Provinzial-Irrenanstalten kämen.

*Beyer* (5), der Leiter der am 1. Jan. 1909 in den Besitz der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz übergegangenen Volksheilstätte für Nervenkranke zu Roderbirken, zeigt in seinen interessanten Ausführungen, wie der natürliche Entwicklungsgang der Nervenheilstättensache zu der Forderung führt: „wir müssen Heilstätten haben für die Nervösen und Erholungsbedürftigen, also besondere Anstalten, Sanatorien, und andererseits müssen wir Heilstätten haben für schwere



Nervenkranke, für Psychopathen, leichte Psychosen usw., Heilstätten, die zweckmäßig in Beziehung zu einer Irrenanstalt stehen".

Die modernen Heizungs- und Ventilationssysteme in Krankenhäusern bespricht *Bürger* (10) in kritischer Weise. Alle Räume eines Krankenhauses, so fordert er, müssen bei Tag und Nacht möglichst gleichmäßig geheizt werden; Warmwasserheizung ist für alle Krankenräume in hygienischer Beziehung am besten; besonders empfehlenswert ist Schnellumlaufwarmwasserheizung mit Pumpenbetrieb. Fensterlüftung allein genügt nicht; Luftkanäle müssen mit einem Öl- oder desinfizierenden Anstrich oder mit Fliesen versehen sein.

*Mohrs* (40) wertvolle Ausführungen behandeln an der Hand der vorhandenen Literatur die Infektionskrankheiten in Irrenanstalten vom hygienischen Standpunkt aus. Tuberkulose, Typhus, Dysenterie, Pseudodysenterie, Erysipel, Influenza, Cholera asiatica, Granulose, Scharlach, Diphtherie werden in ihrer Häufigkeit, Entstehungs- und Verbreitungsweise mehr oder weniger ausführlich besprochen und im Anschluß daran alle Maßnahmen einer systematischen Bekämpfung der einzelnen Krankheiten erwähnt. Isolierung der tuberkulösen Geisteskranken wird grundsätzlich gefordert, Beobachtungsstationen für geisteskranke Phthisiker werden empfohlen, ebenso regelmäßige Durchuntersuchung aller Kranken. Beschreibung eines Tuberkulosepavillons und seines Betriebes. Prophylaxe. Abwechslungsreiche, fettreiche Kost, viel Bewegung im Freien, bei schlecht atmenden Kranken die Atmungstätigkeit vertiefende Prozeduren. Beim Typhus ist der Behandlung der chronischen Bazillenträger besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Wichtigste allgemeine prophylaktische Regel für Anstalten: Vermeidung jeder Überfüllung! Für jede größere Anstalt wird ein Isoliergebäude nach Art der Tuberkulosepavillons gefordert und bakteriologische Ausbildung eines Anstaltsarztes empfohlen.

*Krell* (33) berichtet über eine ausgedehnte Typhusepidemie in Großschweidnitz und die dabei gemachten Beobachtungen. Träger des Giftes ist mit allergrößter Wahrscheinlichkeit Kartoffelsalat gewesen.

*Liefmann* (36) berichtet über die Behandlung von Typhusbazillenträgern mit bulgarischer Sauermilch, sog. Yoghurt; er hat damit in zwei Fällen günstige Erfolge erziehlt.

*Heuser* (23) war vom Kultusministerium nach Leubus geschickt, um durch bakteriologische Untersuchungen die Ursache einer ausgedehnten Ruhrepidemie festzustellen; in der neuen Anstalt Städtel-Leubus waren seit ihrer Eröffnung jährlich vereinzelte Ruhrfälle vorgekommen. In seinen sehr beachtenswerten Ausführungen weist *Heuser* besonders darauf hin, unter wie leichten Symptomen Ruhr verlaufen kann, und empfiehlt, jede Erkrankung an Diarrhoe mit Beimengung von Schleim als ruhrverdächtig zu behandeln. An Orten, an denen die Ruhr nicht schwindet, sollte jeder Diarrhoefall bakteriologisch untersucht werden. Dauernde Befreiung von der Seuche kann nur durch dauernde bakteriologische Kontrolle jeder Neuaufnahme sowie des Pflegepersonals erreicht werden.

*Seelig* (51) betont die Notwendigkeit der Errichtung besonderer psychiatrischer Beobachtungsstationen, in denen Fürsorgezöglinge mit psychischen Abweichungen vorübergehend Aufnahme finden können; er fordert „Schaffung einer Möglichkeit zur Herausnahme der betreffenden Zöglinge für einige Zeit aus ihrer



gewöhnlichen Anstaltsumgebung und Berücksichtigung lediglich medizinischer Gesichtspunkte während dieser Beobachtungs- bzw. Behandlungszeit. Gegen diese Vorschläge polemisiert *Major* (41) und stellt folgende Sätze auf: „Alle der Fürsorge überwiesenen Kinder sind in einer Aufnahmeanstalt zu beobachten und danach auf Spezialanstalten zu verteilen. Abnorme und Gesunde, Bestrafte und Nichtbestrafte dürfen nicht in einer Anstalt zusammen sein. Die Leitung der Anstalt ist nur pädagogisch geschulten Ärzten oder medizinisch geschulten Pädagogen zu übertragen. Zur Erziehung der Fürsorgezöglinge nehme man nur die besten Lehrer und Lehrerinnen. Anderes Personal vermag die Aufgabe nicht zu lösen."

Über Gabersees Vorgeschichte, Entstehung und Entwicklung in den ersten 25 Jahren macht *Dees* (14) interessante Mitteilungen. Gabersee ist eine nach Altscherbitzer Muster modern eingerichtete Anstalt mit kolonialem Betrieb. Die Gesamtkosten für die ganze Anstalt mit Gut betragen einschließlich der noch projektierten, in den nächsten Jahren zur Ausführung kommenden Bauten 4 000 000 M. Auf die Wichtigkeit methodischer Beschäftigung weist Verf. besonders hin: „sie ist zweifellos das wirksamste, bis jetzt durch nichts übertroffene Heilmittel".

*Rehm* (45) beschreibt an der Hand eines Grundrisses das der Leipziger Heilanstalt Dösen angeschlossene Kinderhaus für 46 geistes- und nervenkranke, behandlungs- und verpflegungsbedürftige Kinder. In der Überwachungsabteilung sind Kinder beiderlei Geschlechts untergebracht. Ein Schema zur Kinderuntersuchung ist beigefügt.

*Wachsmuth* (60) beschreibt die nach *Siolis* Plänen eingerichteten Dauerbäder der Frankfurter Anstalt und berichtet über ihren Betrieb und die dabei gemachten Erfahrungen.

*Stelzer* (54) berichtet kurz über Einrichtung und Erfolg der „Bürstenbinderei" in Mauer-Öhling.

*Kieserling* (32) gibt uns einen Überblick über die Entwicklung der Familienpflege an der Lublinitzer Anstalt in Schlesien; er macht dabei auf die großen Vorteile für Verwaltung und Kranke aufmerksam und illustriert seine Ausführungen durch charakteristische Beispiele.

*Sternberg* (55) weist auf die große Bedeutung der mechanischen feinen Zerteilung der Speisen in der Krankenküche hin und beschreibt besonders dazu geeignete Apparate und Maschinen. „Die präparatorische Technik der Küche kann dem Magen seine mechanische Funktion in hohem Maße abnehmen und ihm die präparatorische Kraft wesentlich erleichtern". Solch' feinste Zerteilung der Speisen wird in Irrenanstalten schon seit langer Zeit erfolgreich angewandt, besonders bei künstlich, mit der Sonde ernährten Kranken. Daß für die moderne Krankenküche die feine Hotelküche vorbildlich sein soll, betont *Sternberg* mit Recht. Mit der rationellen Einteilung und Einrichtung der Küche beschäftigen sich seine Ausführungen in: „Die moderne Kochküche im Großbetrieb" (56).

*Bresler* (8) will den wissenschaftlichen Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten durch Gründung von wissenschaftlichen, mit entsprechenden Einrichtungen versehenen Zentralen heben. Diese Zentralen sollen Anstalten angegliedert werden, je eine Zentrale einen Bezirk von 3—4 Anstalten umfassen. Hier sollen die Ärzte in modernsten Laboratorien ungestört chemisch, physikalisch, histo-



logisch usw. arbeiten können. So, hofft *Bresler*, werden die Landesanstalten bald mit den psychiatrischen Universitätsinstituten erfolgreich in wissenschaftliche Konkurrenz treten. In seinen sehr bemerkenswerten Ausführungen kritisiert *Bresler* weiter in treffender Weise unsere Jahresberichte.

*Ilberg* (29/30) berichtet über die seit 1. Jan. 1909 im Königreich Sachsen eingeführten Verbesserungen des Einkommens der Ärzte und des Pflegepersonals an den Staatsirrenanstalten. Direktoren 7800—9600, Anstaltsärzte 3600—7200 mit dreijährigen Zulagen von je 600 M.; dazu Wohnungsgeldzuschuß 300—480 M. Für Wohnung und Garten werden Verheirateten 10—15 %, Unverheirateten 4—7 % des Gehalts abgezogen. Hilfsärzte 2400—3600 M.; Abzug für Wohnung in der Anstalt 4—7 % des Gehalts; Kost I. Kl. für täglich 1,50 M. in der Anstalt. Oberpfleger 1800—2600 M.; dreijährige Zulagen von je 160 M. Oberpflegerinnen 1200 bis 1800 M. mit dreijährigen Zulagen von je 120 M. Wohnung und Kost nicht frei. Pfleger 1200—1800 M. mit dreijährigen Zulagen von je 100 M. Hilfspfleger 780 M. Pflegerinnen 900—1200 mit dreijährigen Zulagen von je 100 M. Hilfspflegerinnen 660 M. Das Pflegepersonal erhält aus der Anstaltsküche gegen Bezahlung Kost III. Kl. für 60 Pf., Kost II. Kl. für 85 Pf. Auf 5 Kranke 1 Pflegeperson.

*Hoppe* (27) will die Stellung der Irrenanstaltsärzte durch Einschränkung der dienstlichen Macht des Direktors verbessern; ein großer Teil seiner Befugnisse soll einem regelmäßig die Anstalten besuchenden, als Landes-Medizinalrat angestellten Psychiater übertragen werden. Als erstrebenswertes Endziel wird die völlige Beseitigung der Direktorenstellungen und ihr Ersatz durch Direktionen empfohlen, welche sich aus einer Anzahl von selbständigen, koordinierten Oberärzten zusammensetzen. Diese Vorschläge haben voraussichtlich keine große Aussicht auf Verwirklichung; zum mindesten zweifelhaft ist, ob damit die in Aussicht gestellte Hebung des irrenärztlichen Standes erreicht wird.

*Berze* (4) bespricht *Dubiefs* Ansichten über die französischen Anstaltsärzte und seinen Vorschlag, alle bestehenden Mängel seien dadurch zu beseitigen, daß man die Anstaltsärzte „Praxis" ausüben lasse. Er weist auf die gewichtigen Gründe hin, die gegen die Ausübung der allgemeinen Praxis im Sinne *Dubiefs* sprechen, und hält die deutschen und österreichischen Verhältnisse für die besten. Dabei rät er zur Ausbildung einzelner Anstaltsärzte in Spezialfächern.

*Scholz* (50), der Verfasser des bekannten preisgekrönten Leitfadens für Irrenpfleger, gibt in seinen Ausführungen sehr beachtenswerte Winke für die Ausbildung unseres Pflegepersonals und erörtert dabei für den Unterricht wichtige Fragen. Mit Recht behauptet er, daß die Irrenpflege in den Händen gebildeter Elemente liegen müßte.

*Falkenbergs* (18) Leitfaden „Die Pflege Geisteskranker" liegt in 2. Auflage vor. Das vortreffliche Buch beschränkt sich bei seinen Darstellungen auf das Notwendigste und vermeidet alle nicht unbedingt erforderlichen theoretischen Erörterungen, sagt dem Pfleger aber alles, was er wissen muß, und wird ihm stets ein guter Ratgeber sein. Auch Ärzte werden den Leitfaden beim Unterricht gern benutzen.

*Schlößs* (49) vom niederösterreichischen Landesausschuß preisgekrönter Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten ist in 4. erweiterter und verbesserter Auflage erschienen. Die Anordnung des Stoffes



ist die alte geblieben; neu eingefügt ist der Paragraph über das Verhalten der Pflegepersonen gegenüber verbrecherischen Geisteskranken. Einer besonderen Empfehlung bedarf der bekannte, vorzügliche Leitfaden nicht mehr.

Zur Weiterbildung der Irren- und Nervösenpflege hat die Norddeutsche Allgemeine Zeitung (8. Okt. 1909) und die Jenaische Zeitung (27. Okt. 1909) vorgeschlagen, aus älteren Damen der gebildeten Stände zwischen 30 und 40 Jahren eine für Irrenanstalten bestimmte Schwesternschaft zu gründen, die aber nicht die bisherigen Wärterinnen ersetzen, sondern über sie gestellt werden soll; die Wärterinnen aus einfacherem Stande bleiben für die gröbere Arbeit. Diese Vorschläge kritisiert *Falkenberg* (19) und macht dabei auf die großen Schwierigkeiten aufmerksam, die in solcher Zweiteilung der Pflege unter Schwestern und ihnen unterstellten Wärterinnen liegt. Wollen sich Damen der Irrenpflege widmen, was an sich sehr zu begrüßen ist, so dürfen sie nicht zu alt sein, sie müssen für den schweren und anstrengenden Dienst auch die nötige körperliche und geistige Elastizität und Frische mitbringen und ihre gesamte Arbeitskraft ohne Einschränkung der Pflege unserer Kranken zur Verfügung stellen.

*Tolls* (58) Handbuch der Krankenpflege, aus dem Schwedischen übersetzt von *Klemperer*, wendet sich an gebildete Krankenpflegerinnen. Wenn es auch keine speziellen Anweisungen für die Pflege Geisteskranker enthält, so kann das gedankenreiche, anregende Buch doch jedem warm empfohlen werden, der sich mit der Ausbildung und dem Unterricht unseres Pflegepersonals zu beschäftigen hat. Das Gleiche gilt von dem bekannten Handbuch der Krankenpflege zum Gebrauch für Krankenpflegeschulen sowie zum Selbstunterricht, bearbeitet von *Salzwedel* (47), das in 9. Auflage erschienen ist; es berücksichtigt alle Errungenschaften der Neuzeit, soweit ihr Wissen für die Ausbildung des Pflegepersonals notwendig ist. Die Pflege Geisteskranker ist in einem Anhang kurz behandelt.

*Hollós* (26) kritisiert in seinen Ausführungen die neue Wiener Irrenanstalt „Am Steinhof“, nachdem er zuvor seine Ansichten über Bau und Einrichtung einer modernen Anstalt entwickelt. Trotz bester hygienischer Einrichtungen usw. „hat die Bauart und der Geist des Arrangements die Kennzeichen der alten Irrenhaus-Gefängnisstätten beibehalten“.

Interessante Mitteilungen über die Entwicklung der Irrenpflege in Mähren von ihren ersten Anfängen im 15. Jahrhundert an leiten *Navrats* (44) Beschreibung der neuen mährischen Landesheilanstalt in Kremsier ein. 19 Krankenpavillons, welche eine zweckmäßige Trennung der Kranken ermöglichen, 15 Verwaltungs-, Wirtschafts- und Wohngebäude, 4 Gebäude für die landwirtschaftliche Kolonie (56 ha). Elektrische Beleuchtung, Gaslicht zur Außenbeleuchtung. Zentralheizung von drei kleineren und einer größeren Kesselanlage aus. Trink- und Nutzwasser aus dem städtischen Wasserwerk. Klosetts mit Wasserspülung. Abwässer, Fäkalien werden in den städtischen Kanal geleitet. Grunderwerb kostete 481 711 K.; Bau mit Einrichtung 5 500 000 K.; auf 1 Bett entfallen 4954 K. Die Anstalt ist für 1030 Kranke eingerichtet, 60 % M., 40 % Fr.

Über die Entwicklung der Psychiatrie und des Irrenwesens in Ungarn gibt uns *Epstein* (17) ein klares Bild und liefert damit einen wertvollen Beitrag zur Geschichte der Psychiatrie.





Über die Fortschritte in Ungarns Irrenpflege berichtet *Chyzer* (12). Seit 1893 ist die Zahl der Plätze für Geisteskranke in Staatsanstalten und sog. Spezialadnexen von 2300 auf 7200 gestiegen. Diese Adnexe sind im Anschluß an städtische Hospitäler errichtete kleine, von Psychiatern geleitete Irrenanstalten mit modernen Einrichtungen. Auch die Zahl der Plätze in Privatirrenanstalten hat zugenommen. Trotzdem herrscht dauernde Überfüllung. Die Errichtung einer großen agrikolen Anstalt ist im Werke. Die Familienpflege hat sich rasch eingebürgert und erfolgreich entwickelt. Der Idioten- und Epileptikerfürsorge wird besonderes Interesse zugewandt. Die soziale Lage des Pflegepersonals ist verbessert. Ungarns Irrenpflege, das zeigen *Chyzers* Ausführungen, hat glänzende Fortschritte gemacht.

Nach kurzem Überblick über die Entwicklung der psychiatrischen Klinik der Kgl. Universität in Budapest beschreibt *Moravcsik* (42) die am 1. Nov. 1908 eröffnete neue Klinik in Budapest und erläutert seine Ausführungen durch zahlreiche Abbildungen und Grundrisse.

*Dutoit* (15) orientiert uns über die französischen Reformbestrebungen zur Regelung der Aufnahme in Irrenanstalten. Während die Irrenärzte keine Vermehrung der Aufnahmeformalitäten und Erschwerung der Aufnahmen wünschen, sieht der neue Gesetzentwurf von 1907 solche vor im Interesse der individuellen Freiheit und der Schaffung absoluter Sicherheiten für jede Aufnahme. Verf. weist in seinen Ausführungen auch auf die allgemeine Zunahme der Geisteskrankheiten infolge von Alkoholismus und Syphilis hin und bedauert die immer noch herrschende falsche Ansicht, daß die Anstalten mehr der Beaufsichtigung und zwangsweisen Festhaltung der Irren dienen als ihrer sachgemäßen, wissenschaftlichen Behandlung; „auf diese Weise erhält das Publikum den Eindruck, daß die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Anstalt ohne weiteres Unheilbarkeit bedeutet".

*Levet* (35) berichtet: Geisteskrank gewordene Eingeborene werden von Algier nach Frankreich in die Irrenanstalt Aix überführt. Er bespricht die damit verbundenen Unzuträglichkeiten, so die mangelhafte Unterbringung und Verpflegung während der Seereise, die Schwierigkeit der Verständigung, die Schwierigkeit in der Behandlung von Individuen mit ganz andern, exotischen Sitten und Gewohnheiten. Die meisten der Eingeborenen gehen in der Anstalt an Tuberkulose zugrunde. Darum ist er für die Errichtung einer besonderen Irrenanstalt für Eingeborene in den Kolonien selbst. *Ganter.*

Anläßlich des 25jährigen Jubiläums des Direktors der Rigaer Irren-Heil- und Pflegeanstalt Dr. *Th. Tilling* haben seine Assistenten eine Festschrift (20) herausgegeben. Baron *Lieven* führt uns darin die Geschichte der Anstalt vor Augen und schildert ihren Entwicklungsgang unter *Tillings* Leitung in den letzten 25 Jahren *E. Hollander* gibt einen medizinisch-statistischen Bericht über die Jahre 1897—1908 und bespricht dabei kurz die jetzt übliche moderne Therapie. *J. Schroeder* liefert einen wertvollen Beitrag mit seinen Ausführungen über die Anwendung gefäßerweiternder Mittel bei den Schmerzen der Manisch-depressiven und seinen Erörterungen zur Frage der Kombination von Psychosen und Morbus Basedowii.

*Lomer* (39) hat die dänische Staatsanstalt für Geistesschwache Ebberödgaard besucht und schildert die dort empfangenen Eindrücke. Ebberödgaard ist eine im Pavillonsystem gebaute, mit modernen Einrichtungen versehene agrikole An-



stalt, welche Imbezille, Idioten und Epileptiker in zwei besonderen Abteilungen, im Arbeits- und im Pflegeheim verpflegt und daneben eine besondere Kinderabteilung besitzt. Krankenzahl ursprünglich 400, jetzt 450. Besonders gelobt werden die Werkstätteneinrichtungen. Zwangsjacke, Ledergurt, Zwangsstuhl bei zerstörungssüchtigen Kranken noch in Gebrauch. Fast $^3/_4$ aller Kranken beschäftigt.

*Hockauf* (24) lobt die Familienpflege in Fife und macht dabei besonders aufmerksam auf die großen Ersparnisse gegenüber den Kosten der Anstaltsbehandlung. Baugour-Village ist eine nach dem Pavillonsystem gebaute, modern eingerichtete Anstalt mit kolonialem Betrieb für etwa 850 Kr. Ein Arzt auf 242 Kr.; die Zahl der Ärzte soll vermehrt werden. Den Pflegedienst auf einzelnen Männerabteilungen versehen mit großem Erfolg Pflegerinnen. Bäderbehandlung hat noch keinen Anklang gefunden. Die Beobachtungsstation Schottlands ist in einem größeren Spital Glasgows untergebracht und besteht aus zwei großen Sälen mit je 25 Betten und entsprechenden Nebenräumen. Bäderbehandlung auch hier nicht beliebt, Therapie sonst modern. Die Edinburgher Anstalt besteht schon über 100 Jahre und dient dem klinischen Unterricht, mit ihr verbunden ist das 1897 gegründete Laboratorium of the Scottish Asylums, das rein wissenschaftlichen Zwecken dient. Kurze Schilderung der Entwicklung und der Einrichtungen der Edinburgher Anstalt.

Auch die Epileptikerkolonie Ewell und die Irrenanstalten Long Grove und Hanwell in London hat *Hockauf* (25) besucht; er berichtet ausführlich über Einrichtung und Betrieb dieser Anstalten und seine dortigen Beobachtungen.

*Archdale* (2) bespricht die Behandlung der akut geistig Erkrankten, die in den besonders für diesen Zweck eingerichteten Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser aufgenommen werden: Bettbehandlung in freier Luft, Beobachtung, Isolierung, psychische und somatische Therapie. Auch die Ursachen der Geisteskrankheiten werden dargelegt. *Ganter.*

*Ernest Jones* (31) beschreibt das Aufnahme- und Überwachungshaus (Stadtasyl) zu Melbourne. Aufgenommen werden zweifelhafte und von der Polizei eingewiesene Fälle. Längste Dauer des Aufenthaltes 2 Monate. Verf. schlägt den Bau derartiger Asyle auch für die englischen Städte mit über 100 000 Einw. vor. *Ganter.*

*Beattie Smith* (3) berichtet, daß im Staate Victoria (Australien) die wohlhabenderen Kranken privatim untergebracht werden, da die öffentlichen Anstalten keine Rücksichten auf die soziale Stellung nehmen. Seit 1867 wurde an Private Erlaubnis erteilt, eine bestimmte Anzahl Geisteskranker aufzunehmen (licensed houses). Verf. legt die Entwicklung der gesetzlichen Bestimmungen dar. Die Kranken stehen vielfach nicht in sachgemäßer Behandlung. Er empfiehlt die Errichtung von Distriktsirrenanstalten. *Ganter.*

*Lilienstein* (37) berichtet über seine Eindrücke und Beobachtungen beim Besuch japanischer Krankenhäuser und Irrenanstalten. Neben vorzüglich geleiteten Privatanstalten existiert nur eine öffentliche Irrenanstalt; sie unterscheidet sich von unseren Irrenanstalten besonders dort, wo japanische Sitten und Gewohnheiten die Krankenpflege beeinflussen. Pavillonsystem, Dauerbad wie bei uns. Geisteskrankheiten eigener Art gibt es in Japan nicht, Paralyse und Alkoholismus





sind bei uns häufiger, dagegen tritt die Zahl der endogenen, degenerativen und senilen Psychosen mehr in den Vordergrund.

Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine hat *Kreuser* (34) in einem Vortrag auf dem 3. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge gewürdigt. Ihre wichtigste Aufgabe ist die Fürsorge für die Rekonvaleszenten, außerdem sollen sie aufklärend wirken gegenüber dem Mißtrauen und den Vorurteilen gegen die Geisteskranken. Die praktische Durchführung dieser Aufgaben schildert *Kreuser* ausführlich und gibt dann an der Hand einer Tabelle einen Überblick über alle Fälle, welche vom Hilfsverein in Württemberg während seines jetzt 12jährigen Bestehens unterstützt worden sind; in dieser Tabelle sind die Unterstützungen nach Krankheitsformen verzeichnet; so ist ersichtlich, wie oft und in welchem Umfang die verschiedenen Krankheitsformen die Hilfe des Vereins beansprucht haben.

Die Zahl der in den Provinzialanstalten Ostpreußens verpflegten Geisteskranken betrug Ende 1908: 2852 Kr.; Zuwachs gegen das Vorjahr 61. Durchschnittlicher jährlicher Zuwachs seit 1888 rund 98. Das Anwachsen der Krankenzahl in den Anstalten wird besonders auf die Wirksamkeit des Gesetzes vom 11. Juli 1891 zurückgeführt, ferner haben dazu beigetragen die Zunahme der Geisteskrankheiten überhaupt, sowie der Umstand, daß die Anstalten infolge Schwindens früherer unbegründeter Vorurteile jetzt mehr und leichter aufgesucht werden. In Familienpflege haben sich Ende 1908 zusammen 105 (64 M. 41 Fr.) befunden.

In Allenberg (63) begann das Berichtsjahr mit einem Krankenbestand von 872 (422 M. 450 Fr.). Zugang 316 (178 M. 138 Fr.). Abgang 313 (160 M. 153 Fr.) Bleibt Bestand 875 (440 M. 435 Fr.), davon in Familienpflege 53 (35 M. 18 Fr.). Genesen 20 = 6,33 % der Neuaufnahmen. Verstorben 7,4 % der Verpflegten. Normalbelegungszahl 890. Finanzieller Abschluß günstig, von etatsmäßigem Zuschuß sind 35 709,11 M. erspart.

Kortau (101) begann das Berichtsjahr mit einem Bestand von 1060 (483 M. 577 Fr.). Zugang 477 (204 M. 273 Fr.). Abgang 528 (258 M. 270 Fr.). Bleibt Bestand 1009 (429 M. 580 Fr.). Genesen 38 = 7,97 % der Neuaufgenommenen. Gestorben 8,98 der Verpflegten. Tuberkulose war 32mal Todesursache. Unter den Aufnahmen eine ungewöhnlich große Zahl siecher Kranker, die ihrem vorgeschrittenen Leiden bald erlagen. Der im Vorjahr begonnene Bau von Dauerbädern ist fertiggestellt. Vom etatsmäßigen Zuschuß sind 9261,61 M. erspart.

In der Landespflegeanstalt Tapiau (149) betrug der Krankenbestand zu Beginn des Berichtsjahres 792 (436 M. 356 Fr.). Zugang im wesentlichen durch Überführungen aus Allenberg und Kortau 178 (84 M. 94 Fr.). Abgang 68 (40 M. 28 Fr.); gebessert 7 (2 M. 5 Fr.), gestorben 58 (36 M. 22 Fr.). Bleibt Bestand 902 (480 M. 422 Fr.). Anfangsbestand in der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer 67. Zugang 3. Abgang 4, davon 3 gestorben. Beschäftigt 53 bis 65 %. Durch Umbauten werden in der Landespflegeanstalt neue Plätze zur Unterbringung von Geisteskranken gewonnen; Normalbelegungszahl dann 1129 Kr.

Conradstein (75): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 1455 (766 M. 689 Fr.). Zugang 272 (136 M. 136 Fr.). Abgang 268 (130 M. 138 Fr.). Bleibt Bestand 1459 (772 M. 687 Fr.), davon in Familienpflege 153 (86 M. 67 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 195 (90 M. 105 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (14 M.



1 Fr.) an Paralyse, 17 (5 M. 12 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 18 (7 M. 11 Fr.) an angeborener Geistesschwäche, 18 (13 M. 5 Fr.) an Alkoholismus, 9 (7 M. 2 Fr.) nicht geisteskrank. 21,32 % der Neuaufgenommenen war 1 Monat krank; 4,41 % bis zu 2, 4,78 % bis zu 3, 11,03 % bis zu 6 Monaten, 19,49 % bis zu 1, 38,97 % bis zu 2 und mehr Jahren. Heredität bei 93 (49 M. 44 Fr.). Alkoholismus war 31mal (bei 26 M. 5 Fr.) Krankheitsursache, Unfälle und Kopfverletzungen 15mal, Syphilis 9mal (5 M. 4 Fr.). 45 der Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten (38 M. 7 Fr.), davon 25 erblich belastet. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 8 (6 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 129 (64 M. 65 Fr.), ungeheilt 41 (28 M. 13 Fr.). Von den Geheilten und Gebesserten haben 67 die Anstalt innerhalb des ersten halben Jahres wieder verlassen, 28 blieben bis zu einem, 34 zwei und mehr Jahre in der Anstalt. Gestorben 98 (38 M. 60 Fr.) = 5,67 % aller Verpflegten (4,21 % M. 7,27 % Fr.). Ständige Zunahme der Siechen bei den Frauen; die Plätze in den Liegesälen reichen oft nicht mehr aus, um alle Hinfälligen unterzubringen. Tuberkulose war 31 mal Todesursache. Die Zahl der beschäftigten Männer hat etwas zu, die der Frauen abgenommen. Das Gut lieferte 36 779 M. Reingewinn. Die Beköstigung hat pro Kopf und Tag 55,9 Pf. gekostet. Neubau eines vierten Hauses mit drei Wohnungen für verheiratete Pfleger.

Neustadt in Westpreußen (117): Bestand im Anfang des Berichtsjahres 500 (258 M. 242 Fr.). Zugang 161 (79 M. 82 Fr.). Abgang 96 (52 M. 44 Fr.). Bleibt Bestand 565 (285 M. 280 Fr.), davon 47 (13 M. 34 Fr.) in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 109 (39 M. 70 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 14 (11 M. 3 Fr.) an Paralyse, 14 (8 M. 6 Fr.) an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 14 (13 M. 1 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 7 (5 M. 2 Fr.) an Alkoholismus, 3 M. nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 23 bis zu 1 Monat, bei 12 bis zu 2, bei 20 bis zu 6 Monaten, bei 24 bis zu 1 Jahr, bei 79 bis zu 2 und mehr Jahren. Heredität bei 33,5 % der Aufgenommenen (37,9 % M. 29,3 % Fr.). Syphilis war 5 mal (4 M. 1 Fr.), Alkoholismus bei 4 M., Unfall 3 mal, Wochenbett, Schwangerschaft 5 mal, Greisenalter, Arterienverkalkung 7 mal, Kopfverletzung 5 mal Krankheitsursache. 28 der Aufgenommenen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten und zwar 16 (12 M. 4 Fr.) vor, 12 (10 M. 2 Fr.) nach der Erkrankung. Gemäß § 81 kamen 5 M. zur Beobachtung. Geheilt und gebessert 49 (24 M. 25 Fr.), ungeheilt 16 (6 M. 10 Fr.). Von den Geheilten und Gebesserten haben 30 die Anstalt innerhalb eines halben Jahres wieder verlassen. Beschäftigt waren durchschnittlich 32,99 % M. und 34,44 % Fr. Gestorben 28 (19 M. 9 Fr.) = 4,2 % aller Verpflegten (5,6 % M. 2,8 % Fr.). Tuberkulose war 4 mal Todesursache. Gesamtausgabe 346 968,63 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 63,20 Pf.

Schwetz (141): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 506 (275 M. 231 Fr.) Zugang 159 (73 M. 86 Fr.). Abgang 96 (46 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 569 (302 M. 267 Fr.), davon 37 in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 99 (39 M. 60 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 14 (10 M. 4 Fr.) an Paralyse, 22 (11 M. 11 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 11 (3 M. 8 Fr.) an Epilepsie und Hysterie, 7 M. an Alkoholismus. Gemäß § 81 kamen 5 Fälle zur Beobachtung. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 28 (9 M. 19 Fr.) bis 1 Monat, bei 29 (17 M. 12 Fr.)



1—6 Monate, bei 13 (8 M. 5 Fr.) 6—12 Monate, bei 12 (4 M. 8 Fr.) 1—2 Jahre, sonst 2—45 Jahre. Heredität bei 45 (23 M. 22 Fr.). Lues war 2 mal, Alkoholmißbrauch 8 mal, Wechseljahre und Wochenbett je 4 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 22 (17 M. 5 Fr.). Geheilt und gebessert 32 (17 M. 15 Fr.), ungeheilt 10 (4 M. 6 Fr.), gestorben 47 (21 M. 26 Fr.) = 7,07 % aller Verpflegten. Von den Geheilten und Gebesserten haben 21 (11 M. 10 Fr.) innerhalb eines halben Jahres die Anstalt wieder verlassen. Tuberkulose war 1 mal, Hirnlähmung 15 mal, Altersschwäche und Erschöpfung 14 mal Todesursache. Gesamtausgabe 310 336,99 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 57 Pf. Das neugebaute Haus für 75 Fr. ist bezogen. 3 Gebäude zur Unterbringung von 240 Idioten sowie ein Haus für 2 verheiratete Ärzte sind im Bau.

Die Zahl der Geisteskranken, Idioten und Epileptiker hat in der Provinz Brandenburg (66) im Etatsjahr 1908 um 315 gegen das Vorjahr zugenommen. Am 31. Dez. 1907 betrug der Krankenbestand in 9 Provinzialanstalten (Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Wilhelmstift, Anstalt für Epileptische) 6294 (3206 M. 3088 Fr.). Zugang 1908: 2450 (1353 M. 1097 Fr.); Abgang 1993 (1075 M. 918 Fr.). Bestand am 31. Dez. 1908: 6751 (3484 M. 3267 Fr.). Zunahme 457 Kr., oder Familienpfleglinge und Kranke in Privatanstalten mitgerechnet: 467. In Familienpflege haben sich in Brandenburg am Jahresschluß 294 (150 M. 144 Fr.) befunden. In Neuruppin, wo 1907 17 Typhusfälle und 1908 6 Fälle von Typhus vorgekommen sind, haben wiederholte bakteriologische Untersuchungen nur eine Bazillenträgerin festgestellt. Zur Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker stehen jetzt in Neuruppin, Landsberg und Teupitz feste Häuser für je 34, 80 und 50 Kr. zur Verfügung. Gemäß § 81 wurden in Eberswalde, Sorau, Landsberg und Neuruppin 22 Kr. beobachtet, davon waren nach ärztlichem Gutachten 14 krank; hiervon wurden freigesprochen 13, bestraft 1. Die Tabelle über die Dauer der Anstaltspflege der im Berichtsjahr ausgeschiedenen Geisteskranken und Epileptischen nach ihrer Verteilung auf die einzelnen Krankheitsgruppen zugleich unter Angabe der verursachten durchschnittlichen Kosten zeigt, daß die Epileptischen mit und ohne Seelenstörung durchschnittlich die längstdauernde Anstaltspflege und dementsprechend auch den höchsten Kostenaufwand beanspruchen; ihnen folgen die Idioten und Imbezillen; an dritter Stelle stehen die einfachen Seelenstörungen. die Paralysen weisen eine verhältnismäßig kurze Dauer der Anstaltspflege auf. Besonders hervorgehoben werden muß der Bericht von Dr. *Knörr* über seine das gesamte Korrigendenwesen der Provinz Brandenburg umfassenden Untersuchungen. *Knörr* macht auf den großen Prozentsatz von Geisteskranken unter den Korrigenden aufmerksam, er weist nachdrücklich auf die Mißstände in den Korrigendenanstalten hin und bringt Reformvorschläge; eine besondere Kommission, der Verwaltungsbeamte, Vorsteher, Ärzte und Geistliche der Korrigendenanstalten sowie auch Psychiater angehören, soll, so schlägt *Knörr* vor, hierüber beraten.

Der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische (125) zu Potsdam sind die Idiotenbildungsanstalt „Wilhelmstift“ und die Fürsorgeerziehungsanstalt „Bethlehemstiftung“ angegliedert; alle drei Anstalten stellen ein einheit-



liches Ganzes dar mit einer etatsmäßigen Belegungszahl von 1060 (590 in der Anstalt für Epileptische, 430 im Wilhelmstift, 40 in der Bethlehemstiftung).

In der Anstalt für Epileptische befanden sich am 1. Jan. 1908: 555 (224 M. 225 Fr. 56 Kn. 50 Md.). Zugang 176 (71 M. 44 Fr. 45 Kn. 16 Md.). Abgang 187 (80 M. 58 Fr. 32 Kn. 17 Md.). Geheilt und gebessert 50 (20 M. 9 Fr. 12 Kn. 9 Md.). Gestorben 24 (13 M. 7 Fr. 3 Kn. 1 Md.). Bleibt Bestand 544 (214 M. 212 Fr. 69 Kn. 49 Md.), davon in Familienpflege 5 (3 M. 2 Fr.). — Im Wilhelmstift befanden sich am 1. Jan. 1908: 365 (212 M. 153 Fr.). Zugang 119 (78 M. 41 Fr.). Abgang 106 (64 M. 42 Fr.). Geheilt und gebessert 11 (5 M. 6 Fr.); gestorben 15 (12 M. 3 Fr.). Bleibt Bestand 378 (226 M. 152 Fr.). In Familienpflege 67 (48 M. 19 Fr.). In der Bethlehemstiftung 40 Zöglinge. Auch das Wilhelmstift und die Provinzialanstalt für Epileptische verpflegte eine größere Anzahl von Fürsorgezöglingen. Weitgehendste Individualisierung bei vorzüglich organisierter „Arbeit und Beschäftigung". Geradezu vorbildlich erscheint die Arbeitserziehung der Jugendlichen.

Haus Schönow (92): Bestand am 1. Jan. 1908: 103 (60 M. 43 Fr.). Zugang 774 (493 M. 281 Fr.). Abgang 779 (497 M. 282 Fr.). Geheilt und gebessert 579 (352 M. 227 Fr.); ungebessert 198 (144 M. 54 Fr.); gestorben 2 (1 M. 1 Fr.). Bleibt Bestand 98 (56 M. 42 Fr.). Durchschnittliche Verpflegungsdauer für den einzelnen Kranken 47 Tage. Geheilt und gebessert 74,3 % (70,8 % M. 80,5 % Fr.), ungebessert resp. gestorben 25,7 % (29,2 % M. 19,5 % Fr.). Zur Behandlung kamen 78,1 % Neurosen, 11,8 % Psychosen, 8,1 % organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,4 % peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten, 0,6 % innere Krankheiten. Die Poliklinik wurde von 110 Kr. besucht. Vergrößerung und zunehmende Krankenzahl hat die Anstellung eines Oberarztes und Vertreters des Direktors notwendig gemacht. Der Personalbestand ist von 34 (1900) auf 45 (1908) gestiegen. Betriebskosten 1908: 163 669,44 M. Pflegesätze durchschnittlich 4 M., in der Sonderabteilung von 7 auf 8 M. erhöht.

*Edel*sche Heilanstalt zu Charlottenburg (16): Bestand am 1. Jan. 1908: 368 (193 M. 175 Fr.). Zugang 511 (310 M. 201 Fr.). Abgang 481 (294 M. 187 Fr.). Bleibt Bestand 398 (209 M. 189 Fr.). Zugang während des 40jährigen Bestehens der Anstalt: 7975 Kr.; Abgang: 7572. Die in den letzten 25 Jahren wesentlich erweiterte, aus kleinen Anfängen hervorgegangene Anstalt besteht jetzt aus 7 Häusern auf rund 1200 Quadratruten großem Terrain; ihre Entwicklung und Einrichtungen werden ausführlich geschildert, ebenso die Behandlungsmethoden. Statistische Mitteilungen seit 1894. Besonders wertvoll machen den Bericht 11 angeschlossene wissenschaftliche Arbeiten von der Anstalt nahestehenden Ärzten: Erfahrungen mit der *Wassermann*schen Serumreaktion, Beitrag zur Prognose der Dementia praecox, Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren, Chirurgie und Geisteskrankheiten, Urologisches in der Psychiatrie, Hypermetamorphose und Hyperprosexie usw.

Dalldorf (76): Bestand am 1. April 1908: 3450 (1988 M. 1462 Fr.), davon in der Hauptanstalt Dalldorf (einschließlich Idiotenanstalt: 126 Kn. 57 Md.) 1413 (861 M. 552 Fr.), in den Filialen 1634 (887 M. 747 Fr.), in Familienpflege einschließlich der Idioten (58 Kn. 28 Md.) 403 (240 M. 163 Fr.). Zugang 1480 (1063 M.

417 Fr.). Abgang 1209 (883 M. 326 Fr.). Bleibt Bestand 3721 (2168 M. 1553 Fr.) und zwar in der Hauptanstalt (einschließlich 130 Kn. und 59 Md. in der Idiotenanstalt) 1627 (993 M. 634 Fr.), in den Filialen 1700 (937 M. 763 Fr.), in Familienpflege (einschließlich Idioten: 51 Kn. und 16 Md.) 394 (238 M. 156 Fr.). Vom Zugang litten 144 (81 M. 63 Fr.) = 9,73 % (7,62 % M. 15,11 % Fr.) an seniler Geistesstörung, 209 (164 M. 45 Fr.) = 14,12 % (15,43 % M. 10,79 % Fr.) an Paralyse, 381 (173 M. 208 Fr.) = 25,74 % (16,28 % M. 49,88 % Fr.) an einfach chronischer Geistesstörung, 232 (153 M. 79 Fr.) = 15,68 % (14,39 % M. 18,94 % Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 67 (61 M. 6 Fr.) = 4,53 % (5,74 % M. 1,44 % Fr.) an Epilepsie mit Geistesstörung, 447 (431 M. 16 Fr.) = 30,20 % (40,54 % M. 3,84 % Fr.) an chronischem und akutem Alkoholismus. Bei 526 (507 M. 19 Fr.) war Alkoholismus nachweisbar. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 547 (258 M. 289 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 24 M. Geheilt und gebessert 606 (463 M. 143 Fr.). Ungeheilt 257 (202 M. 55 Fr.). Gestorben 346 (218 M. 128 Fr.), darunter 183 (147 M. 36 Fr.) Paralysen. Tuberkulose war 35 mal (15 M. 20 Fr.), Krebs 2 mal, Selbstmord 2 mal Todesursache. 14,9 % des täglichen Durchschnittsbestandes (1151 Kr.) wurde wegen körperlicher Leiden oder Schwäche in besonderer Diätform beköstigt. Von den nicht bettlägerigen Kranken waren ³/₄ M. und die Hälfte der Fr. beschäftigt. Die Ausgaben pro Tag und Kopf betragen mehr als 3 M. Die Beköstigung kostete pro Tag und Kopf 1,114 M.

Die Beköstigungsordnung für die Irrenanstalten Berlins von 1893 ist einer eingehenden Umarbeitung unterzogen; in die zu verabreichenden Gerichte ist mehr Abwechslung gebracht; frisches Gemüse, Salate, Früchte, Eingemachtes, Eier und Mehlspeisen sollen in ausgedehnterem Maße verwandt, anstatt des Bieres Milch, Selterswasser und warme Getränke verabfolgt werden.

Herzberge (95): Bestand am 1. April 1908: 1668 (977 M. 691 Fr.), davon in der Anstalt 1198 (717 M. 481 Fr.), in Familienpflege 174 (106 M. 68 Fr.), in Privatanstalten 296 (154 M. 142 Fr.). Zugang 2744 (2278 M. 466 Fr.). Abgang 2764 (2294 M. 470 Fr.). Bleibt Bestand 1654 (963 M. 691 Fr.) und zwar in der Anstalt 1178 (701 M. 477 Fr.), in Familienpflege 171 (103 M. 68 Fr.), in Privatanstalten 305 (159 M. 146 Fr.). Vom Zugang litten 2220 (1851 M. 369 Fr.) = 80,91% (81,32 % M. 78,97 % Fr.) an einfacher Seelenstörung, 135 (101 M. 34 Fr.) = 4,92 % (4,40 % M. 7,35 % Fr.) an Paralyse, 224 (194 M. 30 Fr.) = 8,16 % (8,50 % M. 6,50 % Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 146 (113 M. 33 Fr.) = 5,32 % (4,95 % M. 7,18 % Fr.) an Imbezillität und Idiotie. Zur Beobachtung kamen 19 M. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 904 (866 M. 38 Fr.). Gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben waren 1403 (1363 M. 40 Fr.). Geheilt und gebessert 1986 (1705 M. 281 Fr.). Ungeheilt 525 (468 M. 57 Fr.). Gestorben 235 (103 M. 132 Fr.). Tuberkulose war 12 mal (7 M. 5 Fr.), Krebs 4 mal (4 Fr.) Todesursache. 45 Entweichungen aus meist offenen Abteilungen. Dauernd bettlägerig ihres körperlichen Zustandes wegen waren durchschnittlich täglich 91 M. 60 Fr.; mit Bettruhe ihres psychischen Zustandes wegen wurden täglich durchschnittlich 55 M. u. 90 Fr. behandelt. Die Zahl der bettbehandelten Kranken war geringer als im Vorjahr, die Zahl der arbeitsfähigen Kranken hat bei Männern



wie bei Frauen zugenommen. Beschäftigt wurden durchschnittlich täglich 433 M u. 195 Fr. Ein Landhaus ist zu 5 Assistenzarztwohnungen mit Ärztekasino und Wohnung für den Kasinodiener umgebaut. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,112 M.

Buch (71): Bestand am 1. April 1908: 1652 (840 M. 812 Fr.), davon in der Anstalt 1520 (756 M. 764 Fr.), in Familienpflege 38 (14 M. 24 Fr.), in Privatanstalten 94 (70 M. 24 Fr.). Zugang 1114 (646 M. 468 Fr.), davon in Anstalt 972 (579 M. 393 Fr.). Abgang 960 (574 M. 386 Fr.). Bleibt Bestand 1806 (912 M. 894 Fr.) und zwar in der Anstalt 1637 (811 M. 826 Fr.), in Familienpflege 73 (30 M. 43 Fr.), in Privatanstalten 96 (71 M. 25 Fr.). Vom Zugang litten 75 (33 M. 42 Fr.) an seniler Geistesstörung, 246 (178 M. 68 Fr.) an Paralyse, 301 (139 M. 162 Fr.) an einfach chronischer Geisteskrankheit, 167 (81 M. 86 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 56 (24 M. 32 Fr.) an epileptischer, hysterischer Seelenstörung, 151 (142 M. 9 Fr.) an Alkoholismus. Bei 163 (152 M. 11 Fr.) = 16,36 % der Aufnahmen war Alkoholismus als Krankheitsursache oder Komplikation nachweisbar. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 117 (98 M. 19 Fr.) = 11,74 %. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 8 Kr. Geheilt und gebessert 481 (288 M. 193 Fr.). Gestorben 242 (162 M. 80 Fr.). Tuberkulose war 22 mal Todesursache (9 M. 13 Fr.), 11 mal Komplikation (8 M. 3 Fr.). Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,0285. Bau eines zweiten „Verwahrungshauses“ für 75 Kr. nebst Pflegerwohnhaus, Kostenanschlag 705 000 M. Für die vierte Irrenanstalt in Buch sind die Kostenanschläge fertiggestellt.

Wuhlgarten (162): Bestand am 1. April 1908: 1468 (947 M. 521 Fr.), davon in der Abteilung für Erwachsene 1186 (702 M. 484 Fr.), im Kinderhause 86 (49 Kn. 37 Md.), in Privatanstalten 188 M. in Privatpflege 8 M. Zugang 983 (791 M. 192 Fr.). Abgang 885 (710 M. 175 Fr.). Vom Zugang litten 786 (638 M. 113 Fr. 16 Kn. 19 Md.) an Epilepsie, 29 (23 M. 6 Fr.) an chronischem Alkoholismus, 51 (24 M. 27 Fr.) an Hysterie, 47 (37 M. 7 Fr. 3 Md.) an Hysteroepilepsie, 63 (50 M. 11 Fr. 1 Kn. 1 Md.) an Imbezillität, Idiotie und anderen Geistesstörungen. Von 675 an Epilepsie und Hysterie leidenden Männern waren 128 Trinker, unter den 120 Frauen 5 Trinkerinnen. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 66 % M. und 5,5 % Fr. Heredität, besonders Trunksucht eines oder beider Erzeuger der an Epilepsie und Hysteroepilepsie Leidenden nachgewiesen bei 179 M. = 26,5 %, bei 15 Fr. = 12,5 %, bei 4 Md. = 18 %. Gestorben 109 (74 M. 35 Fr.); in der Anstalt 88 (53 M. 35 Fr.). Tuberkulose war 7 mal (5 M. 2 Fr.), Krebs 1 mal (1 Fr.), Suizid 1 mal Todesursache. 48 Entweichungen, meist aus offenen Landhäusern. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,91074 M.

Dziekanka (78): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 683 (356 M. 327 Fr.). Zugang 178 (106 M. 72 Fr.). Abgang 139 (79 M. 60 Fr.). Bleibt Bestand 722 (383 M. 339 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 15 (2 M. 13 Fr.) an Manie, 15 (3 M. 12 Fr.) an Melancholie, 11 (8 M. 3 Fr.) an Paranoia acuta, 34 (17 M. 17 Fr.) an Dementia praecox, 4 M. an Geistesstörung nach Kopfverletzung, 10 (7 M. 3 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 14 (13 M. 1 Fr.) an Paralyse, 14 M. an Alkoholismus, 5 (3 M. 2 Fr.) an Amentia acuta, 4 M. an Seelenstörung mit Epilepsie, 7 (1 M. 6 Fr.) an hysterischer Seelenstörung, 7 M. waren nicht geisteskrank. Krankheits-



dauer vor der Aufnahme bei 40 (19 M. 21 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 12 (7 M. 5 Fr.) bis zu 2, 9 (6 M. 3 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei den übrigen Aufnahmen bis zu 6 Mon. und darüber. Heredität bei 36,8 % (43,4 % M. 27,8 % Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 34 (29 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 11 (9 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 69 (35 M. 34 Fr.), ungeheilt 32 (17 M. 15 Fr.), gestorben 31 (20 M. 11 Fr.) = 3,6 % der Verpflegten. Tuberkulose war bei 6 (3 M. 3 Fr.), Paralyse bei 10 (9 M. 1 Fr.) Todesursache. Beschäftigt waren durchschnittlich in üblicher Weise 41 % Kr. Gesamtausgabe 369 789,51 M., pro Kopf und Jahr 521,99 M.

Kosten (102): Bestand zu Anfang des Berichtsjahres 728 (388 M. 340 Fr.). Zugang 140 (81 M. 59 Fr.). Abgang 128 (75 M. 53 Fr.). Bleibt Bestand 740 (394 M. 346 Fr.). Vom Zugang litten 58 (23 M. 35 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 37 (24 M. 13 Fr.) an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 44 (34 M. 10 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 1 Fr. an Idiotie mit Epilepsie. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 16 (4 M. 12 Fr.) bis 1 Monat, bei 13 (5 M. 8 Fr.) 1—6 Monate, bei 7 (3 M. 2 Fr.) 6—12 Monate, bei 93 (60 M. 33 Fr.) mehr als 2 Jahre. Heredität bei 56 (36 M. 20 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 34 (31 M. 3 Fr.). Geheilt und gebessert 37 (21 M. 16 Fr.), ungeheilt 49 (35 M. 14 Fr.), davon 12 M. in andere Anstalten. Gestorben 42 (19 M. 23 Fr.) = 4,9 % der Verpflegten. Tuberkulose war in 26 % der Todesfälle Todesursache, Krebs in über 7 %. Schülerbestand in der Idiotenschule am Jahresschluß 5 %. Gesamtausgabe 330 418,27 M.; pro Kopf und Jahr 454,86 M.

Obrawalde (121): Bestand am 1. April 1908: 705 (363 M. 342 Fr.). Zugang 128 (72 M. 56 Fr.). Abgang 131 (64 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 702 (371 M. 331 Fr.). Vom Zugang litten 92 (46 M. 46 Fr.) an einfacher Seelenstörung. 9 (8 M. 1 Fr.) an Paralyse, 7 M. an alkoholischer, 3 (1 M. 2 Fr.) an epileptischer, 1 Fr. an hysterischer Seelenstörung, 13 (8 M. 5 Fr.) an Imbezillität und Idiotie; nicht geisteskrank waren 3 (2 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 21 (8 M. 13 Fr.) bis 1 Monat, bei 14 (8 M. 6 Fr.) 2—3, bei 10 (3 M. 7 Fr.) 4—6, bei 16 (12 M. 4 Fr.) 7—12 Montae, bei 17 (7 M. 10 Fr.) bis 2 Jahre, bei 24 (13 M. 11 Fr.) über 2 Jahre, bei 13 (9 M. 4 Fr.) unbekannt. Heredität bei 47 (28 M. 19 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 30 (24 M. 6 Fr.). Geheilt und gebessert 45 (21 M. 24 Fr.), ungeheilt 23 (15 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.) (zur Beobachtung); gestorben 7 % der Verpflegten = 59 (26 M. 33 Fr.). Tuberkulose war 20 mal (6 M. 14 Fr.), Krebs 1 mal (1 Fr.), Paralyse 10 mal (9 M. 1 Fr.) Todesursache. 2 Aufnahmegebäude und 2 Häuser für unruhige Kranke mit je 50 Betten sind im Bau; ebenso je ein Doppelfamilienhaus für Ärzte und Oberpfleger. Erweiterung der Anstalt auf 900 Kranke. In Familienpflege bei verheirateten Pflegern 30 Kr. Beschäftigt wurden rund 39 % der Verpflegten. Gesamtausgabe 376 272,84 M.; pro Kopf und Jahr 537,77 M.

Owinsk (123): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 686 (327 M. 359 Fr.). Zugang 161 (90 M. 71 Fr.). Abgang 142 (90 M. 52 Fr.). Bleibt Bestand 705 (327 M. 378 Fr.). Vom Zugang litten 36 (19 M. 17 Fr.) an Paranoia, 41 (20 M. 21 Fr.) an Dementia praecox, 9 (1 M. 8 Fr.) an Melancholie, 24 (7 M. 17 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 7 (6 M. 1 Fr.) an hysterischem Irresein, 1 M. an neurastheni-

schem Irresein, 15 (14 M. 1 Fr.) an Paralyse, 2 M. an Epilepsie mit Seelenstörung 4 (3 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 3 Fr. an Altersblödsinn, 15 (14 M. 1 Fr.) an Imbezillität, Idiotie; nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 43 (25 M. 18 Fr.) 1 Monat, bei 15 (9 M. 6 Fr.) 2, bei 10 (4 M. 6 Fr.) 3, bei 14 (7 M. 7 Fr.) 3—6 Monate, bei 8 (5 M. 3 Fr.) 6—12 Monate; sonst 1—2 Jahre und darüber. Heredität bei 19,7 % (13,8 % M. 27 % Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 35 (30 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung kamen 7 (6 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 84 (55 M. 29 Fr.), ungeheilt 17 (9 M. 8 Fr.), nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 38 (23 M. 15 Fr.). Tuberkulose war 6 mal Todesursache. Gesamtausgabe 382 272,38 M., pro Kopf und Jahr 544,14 M.

Breslau (68): Krankenbestand zu Beginn des Berichtsjahres 193 (116 M. 77 Fr.). Zugang 875 (635 M. 240 Fr.). Abgang 865 (644 M. 221 Fr.). Bleibt Bestand 203 (107 M. 96 Fr.). Vom Zugang litten 184 (89 M. 95 Fr.) an einfach-erworbenen Psychosen, 50 (32 M. 18 Fr.) an konstitutionellen Psychosen, 90 (58 M. 32 Fr.) an epileptisch-hysterischen Formen, 358 (322 M. 36 Fr.) an alkoholischen und anderen Intoxikationspsychosen, 193 (133 M. 60 Fr.) an paralytischer, seniler und sonstiger organischer Geisteskrankheit. Direkte erbliche Belastung bei 28 % M. und 27 % Fr. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 141 (128 M. 13 Fr. = 24 % M. 5,3 % Fr. Genesen 26,9 %; gebessert 23,2 %; ungeheilt 19,7 %; gestorben 11,2 %. Nachlaß der Aufnahmen, seitdem 40 Plätze in der psychiatrischen Universitätsklinik für Breslauer ortsarme Kranke bereitgestellt sind. Wechsel des Pflegepersonals trotz Einführung erheblicher materieller Besserstellung immer noch groß. In der Unfallstation der Heilanstalt kamen 73 Fälle zur Behandlung. Einrichtung von Familienpflege.

Brieg (69): Bestand am 1. April 1908: 537 (263 M. 274 Fr.). Zugang 104 (64 M. 40 Fr.). Abgang 96 (57 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 545 (270 M. 275 Fr.), davon 42 (20 M. 22 Fr.) in Familienpflege. Vom Zugang litten 77 (41 M. 36 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (9 M. 1 Fr.) an Paralyse, 4 (3 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 6 (5 M. 1 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 1 M. an Delir. alkohol.; 6 (5 M. 1 Fr.) waren nicht geisteskrank. 25,77 % der Aufnahmen stand im 3. Lebensjahrzehnt, ihm folgt der Zahl nach das 4. Lebensjahrzehnt. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 7 (2 M. 5 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 21 (12 M. 9 Fr.) 1—6, bei 7 (3 M. 4 Fr.) 6—12 Monate, bei 18 (15 M. 3 Fr.) 1—2, bei 15 (8 M. 7 Fr.) 2—5, bei 12 (5 M. 7 Fr.) 5—10 Jahre, bei 8 (7 M. 1 Fr.) über 10 Jahre, bei 6 (5 M. 1 Fr.) von Jugend auf, unbekannt bei 3 (2 M. 1 Fr.); nur 28,86 % der Aufnahmen befanden sich in den ersten 6 Monaten ihrer Erkrankung. Heredität bei 48 (35 M. 13 Fr.) = 49,48 % (59,32 % M. 34,21 % Fr.). Trunksucht als Krankheitsursache bei 12 (8 M. 4 Fr.) = 12,37 %. Kopfverletzung war 6 mal (6 M.), Strafhaft 4 mal (4 M.), Lues 3 mal (3 M.), Wochenbett 2 mal, Nierenentzündung 1 mal (1 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 23 (20 M. 3 Fr.) = 22.12 % aller Aufgenommenen, davon kamen 7 (5 M. 2 Fr.) zur Beobachtung gemäß § 81. Geheilt und gebessert 46 (24 M. 22 Fr.), ungeheilt 16 (12 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben 28 (16 M. 12 Fr.) = 4,36 % (4,89 % M. 3,82 % Fr.) aller Verpflegten. An Tuberkulose sind 0,62 % der Verpflegten (0,61 % M. 0,63 % Fr.) und 14,58 % der Gestorbenen (12,50 % M. 16,66 %

Fr.) gestorben. 25 % der Verstorbenen litt an Paralyse. Regelmäßig beschäftigt durchschnittlich 57,95 % M. und 52,75 % Fr. Der Grundbesitz der Anstalt ist durch Zukauf eines Bauerngutes vergrößert und beträgt jetzt 77,8462 ha. Gesamtausgabe 275 157,13 M.; Jahresausgabe für einen in der Anstalt verpflegten Kranken 570,76 M., für einen in der Familienpflege untergebrachten Kranken 299,15 M.

Bunzlau (72): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 545 (351 M. 194 Fr.). Zugang 126 (53 M. 73 Fr.). Abgang 90 (62 M. 28 Fr.). Bleibt Bestand 581 (342 M. 239 Fr.). 15 der aufgenommenen Männer (= 28,3 %) waren Paralytiker, von den 73 aufgenommenen Frauen litten 3 (= 4%) an Paralyse. Zur Beobachtung kamen 10 (6 M. 4 Fr.). 6 der aufgenommenen Männer waren schwer kriminell. Geheilt und gebessert 11 (7 M. 4 Fr.). Gestorben 20 (11 M. 9 Fr.). Tuberkulose war 4 mal Todesursache. Die im vorigen Jahr aufgenommenen beiden Typhusbazillenträgerinnen sind gestorben, die eine an Typhus, die andere an Lungenembolie bei Arteriosklerose. Bei der letzteren ergab die Sektion keine für überstandenen Typhus charakteristischen Veränderungen, in der steril aufgefangenen Gallenflüssigkeit fanden sich keine Typhusbazillen. 16 Dysenterieerkrankungen. Die Mittel für eine Erweiterung der Anstalt bis auf 1100 Kr. sind genehmigt. Der Umbau der alten Anstalt wird eifrig betrieben. Gesamtausgabe 344 313,82 M.

Freiburg (86): Bestand am 1. April 1908: 717 (336 M. 381 Fr.). Zugang 120 (70 M. 50 Fr.). Abgang 82 (45 M. 37 Fr.). Bleibt Bestand 755 (361 M. 394 Fr.). Vom Zugang litten 29 (16 M. 13 Fr.) an Idiotie, Imbezillität, 2 (1 M. 1 Fr.) an Imbezillität und Epilepsie, 24 (14 M. 10 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 51 (30 M. 21 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 6 (3 M. 3 Fr.) an Paralyse, 4 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 43 (26 M. 17 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 22 (18 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 7 M. Geheilt und gebessert 28 (16 M. 12 Fr.), ungeheilt 14 (12 M. 2 Fr.). Gestorben 40 (17 M. 23 Fr.). Tuberkulose war 4 mal Todesursache. Die Anstaltsschule besuchten durchschnittlich 23 Kn. u. 25 Md. Das neuerbaute Infektionshaus für Infektiöse und Tuberkulöse ist in Betrieb genommen, es enthält 4 getrennte Abteilungen mit eigenen Zugängen; jede Abteilung hat ihr eigenes Bad, Garderoberaum, Spülküche und Klosett für Kranke und Pflegepersonal. Im Obergeschoß außerdem noch Räume für ärztliche Zwecke. Gesamtausgabe 373 285,41 M.

Kreuzburg (104): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 654 (381 M. 273 Fr.). Zugang 109 (57 M. 52 Fr.). Abgang 113 (58 M. 55 Fr.). Bleibt Bestand 650 (380 M. 270 Fr.), davon 8 (5 M. 3 Fr.) in Familienpflege. Vom Zugang litten 87 (40 M. 47 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 3 (2 M. 1 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 10 (8 M. 2 Fr.) an Paralyse, 4 (2 M. 2 Fr.) an angeborenem Schwachsinn, 1 M. an Alkoholismus; 2 M. nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 14 (4 M. 10 Fr.) bis 1 Monat, bei 16 (7 M. 9 Fr.) bis zu 3, bei 10 (5 M. 5 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 16 (7 M. 9 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 14 (10 M. 4 Fr.) bis zu 2 Jahren. Lues war 7 mal, Trunksucht 8 mal, Kopfverletzung 3 mal, Entbindung und Klimakterium 5 mal, Senium 6 mal, Haft 4 mal Krankheitsursache. Heredität bei 27 (11 M. 16 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 23 (20 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 6 (5 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 35 (21 M. 14 Fr.), ungeheilt 22 (11 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank



2 M. Gestorben 35 (17 M. 18 Fr.). Paralyse war 6 mal, Tuberkulose 5 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Einführung der schottischen Nachtwachen auf der Frauenabteilung. Beschäftigt wurden durchschnittlich 35 % M. und 52 % Fr. In der neueingerichteten Familienpflege 10 (5 M. 5 Fr.). Gesamtausgabe 392 625,66 M.

Leubus (108): Bestand Ende März 1908 in der öffentlichen Anstalt: 698 (362 M. 336 Fr.). Zugang 227 (94 M. 133 Fr.). Abgang 214 (104 M. 110 Fr.). Bleibt Bestand 711 (352 M. 359 Fr.), davon in der alten Anstalt 147 (75 M. 72 Fr.), in der neuen Anstalt 564 (277 M. 287 Fr.). 117 (46 M. 71 Fr.) kamen direkt aus anderen Anstalten. Vom Zugang litten 178 (63 M. 115 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 20 (14 M. 6 Fr.) an Paralyse, 18 (12 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 11 (5 M. 6 Fr.) an Imbezillität, Idiotie. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 10 (4 M. 6 Fr.) bis 1 Monat, bei 23 (8 M. 15 Fr.) 1—3 Monate, bei 26 (7 M. 19 Fr.) 3—6, bei 20 (6 M. 14 Fr.) 6—12 Monate, bei 108 (44 M. 64 Fr.) über 12 Mon. Heredität bei 81 (25 M. 56 Fr.) = 36,12 % der Aufgenommenen. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 37 (31 M. 6 Fr.) = 16,3 %. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 11 (10 M. 1 Fr.). Alkoholismus war 14 mal, Kopfverletzung 4 mal, Lues 5 mal, Arteriosklerose 8 mal, Puerperium, Laktation 5 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 99 (44 M. 55 Fr.), ungeheilt 37 (22 M. 15 Fr.). Gestorben 78 (38 M. 40 Fr.) = 8,4 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 12 mal, Ruhr 3 mal Todesursache. In der neuen Anstalt in Städtel-Leubus ausgedehnte Ruhrepidemie. Die bakteriologische Untersuchung stellte 7 Bazillenträgerinnen fest, die sofort abgesondert und zum Teil wochen-. zum Teil monatelang mit dreimal täglich 1,0 Salol behandelt, bis wiederholte Untersuchungen sie als bazillenfrei erwies; das ist bei allen der Fall gewesen. 22 (20 M. 2 Fr.) Entweichungen. Ein von der Arbeit Entwichener ist in der Oder ertrunken. Eine Kranke begoß sich mit Petroleum und zündete sich an, sie starb 14 Tage darnach infolge der umfangreichen Brandwunden. In Familienpflege befanden sich am Jahresschluß 9 (7 M. 2 Fr.). Summe der Ausgaben 474 581,54 M.

In der Pensionsanstalt waren zu Beginn des Berichtsjahres 55 (31 M. 24 Fr.). Zugang 23 (10 M. 13 Fr.). Abgang 21 (16 M. 5 Fr.). Bleibt Bestand 57 (25 M. 32 Fr.). Vom Zugang litten 20 (8 M. 12 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 2 M. an Paralyse, 1 Fr. an Seelenstörung mit Epilepsie, Heredität bei 5 (2 M. 3 Fr.) = 21,8 %. Trauma war 1 mal, Lues 1 mal, Morphiummißbrauch 1 mal Krankheitsursache. Gebessert 3 (2 M. 1 Fr.), ungeheilt 10 (7 M. 3 Fr.). Gestorben 8 (7 M. 1 Fr.) = 10,2 %; darunter 6 Paralysen.

Rybnik (133): Bestand am 1. April 1908: 791 (412 M. 379 Fr.). Zugang 178 (119 M. 59 Fr.). Abgang 140 (81 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 829 (450 M. 379 Fr.). Vom Zugang litten 11 (5 M. 6 Fr.) an Manie, zirkul. Irresein, 13 (9 M. 4 Fr.) an Dementia praecox, 14 (6 M. 8 Fr.) an Melancholie, 8 (5 M. 3 Fr.) an Alkoholpsychosen, 14 (9 M. 5 Fr.) an Irresein mit Epilepsie, 49 (37 M. 12 Fr.) an Paranoia, 20 (18 M. 2 Fr.) an Paralyse, 26 (21 M. 5 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 8 (2 M. 6 Fr.) an Dementia, 6 (3 M. 3 Fr.) an Dementia senilis, 2 (1 M. 1 Fr.) an traumatischer Psychose, 4 Fr. an Puerperalpsychose, 3 M. nicht geisteskrank, Schwangerschaft, Entbindung, Klimakterium waren 8 mal, Kopfverletzung 4 mal, Pubertät 26 mal, Lues 14 mal, Senium 6 mal, Strafhaft 13 mal, Trunksucht 21 mal



Krankheitsursache. Heredität bei 44 (28 M. 16 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 51 (46 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung kamen 7 (5 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 49 (22 M. 27 Fr.), ungeheilt 42 (31 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 46 (25 M. 21 Fr.). Paralyse war 15 mal (13 M. 2 Fr.), Tuberkulose 10 mal (5 M. 5 Fr.), Krebs 4 mal (2 M. 2 Fr.) Todesursache. Das „feste Haus" ist fertig und mit 40 Kr. belegt. Auch der Neubau einer unruhigen Männerabteilung (50 Plätze) ist in Benutzung genommen. Der Neubau eines Hauses für 50 unruhige Frauen und 30 ruhige Kranke im Obergeschoß ist in Angriff genommen. Im Bau ein Ärztehaus mit 3 Familienwohnungen und 2 Wohnungen für Unverheiratete. In Aussicht genommen Bau von 4 Häusern mit 18 Familienwohnungen für verheiratete Pfleger; diese Pfleger sollen Kranke in Familienpflege nehmen. Der Grundbesitz der Anstalt hat sich um 27 ha vergrößert, die Zentralanlagen sind entsprechend erweitert worden. Rybnik kann nach Abschluß dieser Erweiterung etwa 1050 Kr. aufnehmen. Gesamtausgabe 447 068,44 M.

Tost (150): Bestand am 1. April 1908: 601 (277 M. 324 Fr.). Zugang 96 (46 M 50 Fr.). Abgang 82 (41 M. 41 Fr.). Bleibt Bestand 615 (282 M. 333 Fr.). Vom Zugang litten 68 (29 M. 39 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (7 M. 3 Fr.) an Paralyse, 8 (4 M. 4 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 (1 M. 3 Fr.) an Imbezillität, Idiotie; nicht geisteskrank waren 5 (4 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer bei 3 Fr. bis zu 1 Monat, bei 14 (8 M. 6 Fr.) 1—3 Monate, bei 6 (4 M. 2 Fr.) 3—6 Monate, bei 12 (5 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 12 (7 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 20 (8 M. 12 Fr.) 2—5 Jahre, sonst 5—10 Jahre und darüber. Heredität bei 40 (17 M. 23 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 23 (18 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 8 (7 M. 1 Fr.). Strafhaft war 4 mal, Trunksucht 6 mal (4 M. 2 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett 3 mal, Lues 1 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 31 (15 M. 16 Fr.), ungeheilt 17 (8 M. 9 Fr.), davon 14 (5 M. 9 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 30 (14 M. 16 Fr.). Paralyse war 9 mal (5 M. 4 Fr.), Tuberkulose 2 mal Todesursache. Beschäftigt wurden durchschnittlich 58 % M. u. 42 % Fr. In Familienpflege bei Pflegern 7 (1 M. 6 Fr.). Die Pfleger erhalten für die Verpflegung eines Kranken jährlich 270 M.; die Anstalt sorgt für Bekleidung, Reinigung der Wäsche usw. Gesamtausgabe 311 861,25 M.

Neustadt (118) in Holstein: Bestand am Beginn des Berichtsjahres 898 (499 M. 399 Fr.). Zugang 181 (110 M. 71 Fr.). Abgang 189 (95 M. 94 Fr.). Bleibt Bestand 890 (514 M. 376 Fr.), davon in Familienpflege 70 (21 M. 49 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 94 (53 M. 41 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 33 (19 M. 14 Fr.) an Paralyse, 14 (12 M. 2 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 30 (18 M. 12 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 6 (5 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 3 (2 M. 1 Fr.) an Hysterie; nicht geisteskrank war 1 M. Unter den Neuaufnahmen befand sich wieder eine große Zahl Unruhiger, Unreinlicher und Krimineller. Die Wachabteilungen, deren Zahl vermehrt wurde, sind überfüllt. Die Zahl der arbeitsfähigen Kranken geht so bedenklich zurück, daß sie bald nicht mehr zur Aufrechterhaltung des Betriebes ausreichen wird. Ins feste Haus wurden 23 Kr. aufgenommen; 6 entlassen, 15 auf andere Abteilungen und zwar 10 auf offene, 5 auf geschlossene Abteilungen verlegt; als Beschäftigung ist hier die Weberei sehr beliebt, für intellektuell höher stehende Kranke wird die Gobelinweberei empfohlen. Zur Beobach-



tung kamen 3 Kr. Geheilt und gebessert 54 (30 M. 24 Fr.), ungeheilt 20 (7 M. 13 Fr.), davon 16 (4 M. 12 Fr.) in andere Anstalten; nicht geisteskrank 1 M. Gestorben 115 (58 M. 57 Fr.). Tuberkulose war 11 mal (6 M. 5 Fr.), Paralyse 16 mal (12 M. 4 Fr.), Krebs 2 mal Todesursache Ein harmloser Idiot, langjähriger Anstaltsinsasse erhängte sich im Klosett. Wassermangel besteht noch fort. Das neugebaute Haus für ruhige Frauen (64 Betten) ist bezogen. Der Umbau des Frauennebenhauses für unruhige Frauen ist in Angriff genommen, 3 neue Beamtenhäuser sind im Bau. Die tägliche Verpflegungsportion kostete durchschnittlich 0,5034 M. (für Kranke 0,4561 M., für Wart- und Dienstpersonal 0,70 M.). Gesamtausgabe 559 310,15 M.

Schleswig (138): Bestand am 1. April 1908: 1031 (545 M. 486 Fr.). Zugang 363 (187 M. 176 Fr.); dazu 1 Fr. aus der Familienpflege zurück. Abgang 366 (170 M. 196 Fr.). Bleibt Bestand 1029 (562 M. 467 Fr.), außerdem 2 Fr. in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 301 (140 M. 161 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 25 (23 M. 2 Fr.) an Paralyse, 15 (11 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 17 (9 M. 8 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 1 M. an Delir. pot., 4 (3 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 97 (49 M. 48 Fr.) 1—6, bei 35 (11 M. 24 Fr.) 6—12 Monate, bei 55 (26 M. 29 Fr.) 1—2 Jahre, bei 74 (44 M. 30 Fr.) 2—5 Jahre, bei 81 (45 M. 36 Fr.) 5—10 Jahre und länger, bei 17 (9 M. 8 Fr.) angeboren. Heredität bei 129 (81 M. 48 Fr.). Trauma war 4 mal, Senium 8 mal (6 M. 2 Fr.), Lues 5 mal, Alkoholismus 22 mal (19 M. 3 Fr.), Basedow bei 3 Fr., Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium 11 mal, Haft 4 mal (2 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Zur Beobachtung kamen 10 (7 M. 3 Fr.). Geheilt und gebessert 132 (61 M. 71 Fr.); ungeheilt 130 (52 M. 78 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 101 (55 M. 46 Fr.). Genesung erfolgte bei 13 (6 M. 7 Fr.) nach 1—3 Monaten, bei 12 (5 M. 7 Fr.) nach 3—6, bei 5 (3 M. 2 Fr.) nach 6—12 Monaten, bei 6 (4 M. 2 Fr.) nach 1—2, bei 1 M. nach 2—3 Jahren. Unter den Verstorbenen befanden sich 16 (13 M. 3 Fr.) mit Paralyse. Tuberkulose war 16 mal (7 M. 9 Fr.) Todesursache. Neugebaut wurden 1 Ärztehaus und 3 Wärterhäuser mit je 3 Familienwohnungen. Die alten Wärterwohnhäuser sollen vergrößert und verbessert werden. Eine Wachabteilung ist neu eingerichtet. Das Anstaltsareal ist durch Zukauf vergrößert und umfaßt jetzt rund 226½ ha. Die tägliche Verpflegungsportion kostete durchschnittlich 65,43 Pf. Gesamtausgabe 737 442,44 M.

In der Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig (139) befanden sich am Beginn des Berichtsjahres 278 (174 m. 104 w.). Zugang 59 (34 m. 25 w.). Abgang 32 (14 m. 18 w.). Bleibt Bestand 305 (194 m. 111 w.). Vom Zugang litten 39 (25 m. 14 w.) an Idiotie, 20 (9 m. 11 w.) an Imbezillität. 76,27 % der Aufnahmen war unreinlich. 24,59 % des Bestandes war erwachsen, über 16 Jahre. 54,90 % der Verpflegten war unreilich. Gebessert entlassen 1,78 % der Verpflegten (6 w.), nicht gebessert 4,15 % = 14 (5 m. 9 w.). Gestorben 12 (9 m. 3 w.). Diphtherie- und Scharlachepidemie. 36,72 % der Pfleglinge wurde unterrichtet. Die Beköstigung für Kranke kostete pro Kopf und Tag 0,41 Pf., fürs Wart- und Dienstpersonal 0,70 Pf. Gesamtausgabe 203 471,82 M.

Die Zahl der in den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten Hannovers verpflegten Geisteskranken betrug Ende März 1909: 3254 (1783 M. 1471 Fr.). Zuwachs gegen das Vorjahr 123 (67 M. 56 Fr.).



Göttingen (91): Bestand am 1. April 1908: 459 (270 M. 189 Fr.). Zugang 302 (175 M. 127 Fr.). Abgang 296 (157 M. 139 Fr.). Bleibt Bestand 465 (288 M. 177 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 242 (129 M. 113 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 12 M. an Paralyse, 5 (2 M. 3 Fr.) an Epilepsie, 23 (15 M. 8 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 5 M. an Delir. pot.; 15 (12 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 38 (19 M. 19 Fr.) 1—6 Wochen, bei 34 (17 M. 17 Fr.) 1—3 Monate, bei 39 (23 M. 16 Fr.) 3—6 Monate, bei 34 (20 M. 14 Fr.) 1—2 Jahre, bei 37 (18 M. 19 Fr.) 2—5 Jahre, bei 35 (18 M. 17 Fr.) über 5 Jahre, bei 40 (30 M. 10 Fr.) angeboren, bei 30 (18 M. 12 Fr.) unbekannt. Heredität bei 109 (64 M. 45 Fr.). Lues war bei 13 M., Alkoholismus bei 22 (20 M. 2 Fr.), Kopfverletzung bei 10 M., Schwangerschaft und Geburt bei 11 Fr. Krankheitsursache. Zur Beobachtung kamen 58 (47 M. 11 Fr.), darunter 21 Fürsorgezöglinge Bei Fürsorgezöglingen mit erheblichem geistigen Defekt wurde nach erreichtem 21 Lebensjahr im Interesse weiterer Fürsorge und im Interesse der Gesellschaft die Entmündigung eingeleitet. Unter dem Zugang 2 Typhusbazillenträgerinnen. Geheilt und gebessert 237 (124 M. 113 Fr.); ungeheilt 3 (1 M. 2 Fr.); nicht geisteskrank 15 (12 M. 3 Fr.). Gestorben 41 (20 M. 21 Fr.). Tuberkulose war 6 mal (3 M. 3 Fr.), Paralyse 5 mal (5 M.), Krebs 3 mal (2 M. 1 Fr.) Todesursache. In Familienpflege 60 (46 M. 14 Fr.). Einige Diphtherieerkrankungen; Nachuntersuchungen stellten bei einigen Fällen noch nach vielen Wochen Ausscheidung von Diphtheriebazillen fest. Die Verpflegung kostete durchschnittlich pro Kopf und Tag 67,046 Pf.

Hildesheim (97): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 703 (396 M. 307 Fr.). Zugang 263 (161 M. 102 Fr.). Abgang 280 (176 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 686 (381 M. 305 Fr.). Vom Zugang litten 189 (100 M. 89 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 32 (29 M. 3 Fr.) an Paralyse, 17 (10 M. 7 Fr.) an Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung, 7 (6 M. 1 Fr.) an Imbezillität, Idiotie. Zur Beobachtung kamen 20 (18 M. 2 Fr.). Heredität bei 27 (14 M. 13 Fr.). Pubertät war 5 mal (2 M. 3 Fr.), Senium 22 mal (9 M. 13 Fr.), Lues 11 mal (10 M. 1 Fr.), Alkoholmißbrauch 12 mal (10 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 86 (45 M. 41 Fr.) unter 3 Monaten, bei 29 (16 M. 13 Fr.) 3—6 Monate, bei 22 (15 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 44 (27 M. 17 Fr.) 1—2, bei 54 (33 M. 21 Fr.) über 2 Jahre, bei 12 (10 M. 2 Fr.) angeboren. Geheilt und gebessert 69 (37 M. 32 Fr.), ungeheilt 134 (98 M. 36 Fr.), davon 110 (84 M. 26 Fr.) in andere Anstalten; nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.). Gestorben 65 (31 M. 34 Fr.), davon 20 (14 M. 6 Fr.) Paralysen. Tuberkulose war 3 mal (2 M. 1 Fr.), Krebs 2 mal (2 Fr.) Todesursache. Ein nahe der Anstalt (Michaeliskloster) belegenes Haus wurde angekauft und zu Familienwohnungen für 2 Ärzte eingerichtet. 3 langgediente Wärter erhielten das „Allgemeine Ehrenzeichen". Gesamtausgabe 692 711,34 M. Die Verpflegung kostete durchschnittlich pro Kopf und Tag 68,551 Pf.

Langenhagen (106): Bestand am 1. April 1908: 767 (449 M. 318 Fr.). Zugang 576 (385 M. 191 Fr.). Abgang 555 (368 M. 187 Fr.). Geheilt 88 (86 M. 2 Fr.); gebessert 122 (76 M. 46 Fr.); nicht gebessert 68 (33 M. 35 Fr.); in andere Anstalten überführt 205 (126 M. 79 Fr.); nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.); gestorben 68 (44 M. 24 Fr.). Bleibt Bestand 788 (466 M. 322 Fr.).



Zugang in der Beobachtungsstation für Geisteskranke 487 (334 M. 153 Fr.), davon 271 (154 M. 117 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 45 (40 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 29 (21 M. 8 Fr.) mit Epilepsie, 19 (17 M. 2 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 102 (95 M. 7 Fr.) mit Delir. potat., 1 Fr. mit Morphinismus, 13 (1 M. 12 Fr.) mit Hysterie. Zur Beobachtung 5 (4 M. 1 Fr.). Nicht geisteskrank 2 M. Heredität bei 82 (65 M. 17 Fr.). Lues war 29 mal (23 M. 6 Fr.), Alkoholismus 130 mal (122 M. 8 Fr.), Trauma 11 mal (10 M. 1 Fr.), Senium 42 mal (26 M. 16 Fr.), Haft 15 mal (12 M. 3 Fr.), Puerperium 4 mal, Intoxikation 4 mal (2 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Durchschnittliche Verpflegung 23,5 Tage (21.4 Tage bei Männern, 27,9 Tage bei Frauen). Von den Aufgenommenen kamen in andere Anstalten 199 (125 M. 74 Fr.). Gestorben 31 (24 M. 7 Fr.), an Tuberkulose 4 M., an Delir. trem. mit Epilepsie 3 M., an Marasmus senilis 2 M.

Bestand in der Provinizial-Heil- nnd Pflege-Anstalt für Geistesschwache am 1. April 1908: 738 (432 m. 306 w.). Zugang 89 (51 m. 38 w.). Abgang 71 (37 m. 34 w.). Bleibt Bestand 756 (446 m. 310 w.), davon 32,4 % = 245 (147 m. 98 w.) im Alter von 1—15, 67,6 % = 511 (299 m. 212 w.) im Alter von 15—60 Jahren, 79,8 % des Zugangs litt an Idiotie (39 m. 32 w.), 20,2 % an Imbezillität (12 m. 6 w.). Epileptische waren 110 (61 m. 49 w.) zu Beginn des Berichtsjahres in der Anstalt. Zugang 5 (3 m. 2 w.). Gestorben 7 (4 m. 3 w.). Bleibt Bestand: 108 (60 m. 48 w.), Heredität bei rund 30 % des Zugangs. Potus des Vaters war 11 mal (3 m. 8 w.), Potus der Mutter 2 mal (2 w.), des Großvaters 2 mal (1 m. 1 w.), Tuberkulose in der Familie 5 mal (3 m 2 w.), Blutsverwandtschaft der Eltern 2 mal (1 m 1 w), Trauma 2 mal (1 m. 1 w.) Krankheitsursache. 11,2 % des Zugangs war unehelich geboren. 33,7 % der Aufgenommenen unreinlich, 49,5 % unselbständig beim An- und Auskleiden. Gebessert 7 (4 m. 3 w.), nicht gebessert 27 (13 m. 14 w.), gestorben 37 (20 m. 17 w.) = 4,9 % der Verpflegten. Tuberkulose war 6 mal Todesursache. Die Schule besuchten 150 (91 m. 59 w.). Die Verpflegung kostete durchschnittlich pro Kopf 50,19 Pf.

Lüneburg (112): Bestand am 1. April 1908: 796 (418 M. 378 Fr.). Zugang 411 (207 M. 204 Fr.). Abgang 293 (152 M. 141 Fr.). Bleibt Bestand 914 (473 M. 441 Fr.). Vom Zugang litten 282 (128 M. 154 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 38 (27 M. 11 Fr.) an Paralyse, 28 (15 M. 13 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 16 (11 M. 5 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 11 (9 M. 2 Fr.) an Alkoholismus, 8 (1 M. 7 Fr.) an Hysterie, 3 Fr. an Hirnblutung, 1 Fr. an Polyneuritis, 1 Fr. an Hirntumor, 1 Fr. an Hirnsyphilis, 2 Fr. an Chorea; nicht geisteskrank 1 Fr.; zur Beobachtung 19 (16 M. 3 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 91 (56 M. 35 Fr.) unter 3 Monaten, bei 39 (19 M. 20 Fr.) 3—6, bei 32 (17 M. 15 Fr.) 6—12 Monate, bei 44 (19 M. 25 Fr.) 1—2 Jahre, bei 148 (60 M. 88 Fr.) über 2 Jahre, bei 15 (8 M. 7 Fr.) angeboren. Heredität bei 75 (45 M. 30 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 34 (31 M. 3 Fr.), Lues bei 9 (6 M. 3 Fr.), Senium bei 25 (7 M. 18 Fr.), Trauma bei 10 (6 M. 4 Fr.), Apoplexie bei 6 (3 M. 3 Fr.), Pubertät bei 10 Fr., Wochenbett bei 6 Fr. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 103 (53 M. 50 Fr.), ungeheilt 59 (41 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 Fr.). Gestorben 126 (55 M. 71 Fr.), davon litten 36 (27 M. 9 Fr.) an Paralyse. Tuberkulose war 11 mal (1 M. 10 Fr.) Todesursache, Krebs 3 mal (3 Fr.), Suizid 2 mal (2 Fr.).

Die beiden letzten von den 6 neuerbauten Krankenhäusern sind fertiggestellt und in Benutzung genommen; in der Zentralanstalt stehen jetzt 24 Häuser für Krankenbehandlung zur Verfügung. 10 neuerbaute Wärterhäuser sind ebenfalls bezogen, so daß jetzt im ganzen 26 Wärterfamilien je ein Haus mit Garten haben. Der Ersatz des männlichen Wartpersonals macht keine Schwierigkeiten, wohl aber derjenige des weiblichen Wartepersonals, und zwar trotz bedeutender Lohnerhöhung. Der Grundbesitz der Anstalt ist durch Zukauf um 163 Morgen vergrößert. Gesamtausgabe 1 222 105,73 M. Die Verpflegung kostete durchschnittlich 61,47 Pf.

Osnabrück (122): Bestand am 1. April 1908: 407 (183 M. 224 Fr.). Zugang 155 (82 M. 73 Fr.). Abgang 161 (90 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 401 (175 M. 226 Fr.). Vom Zugang litten 122 (63 M. 59 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (9 M. 1 Fr.) an Paralyse, 5 (2 M. 3 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 6 (1 M. 5 Fr.) an hysterischer Seelenstörung, 10 (6 M. 4 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 52 (33 M. 19 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 19 (5 M. 14 Fr.) 3—6, bei 14 (7 M. 7 Fr.) 6—12 Monate, bei 25 (16 M. 9 Fr.) 1—2 Jahre, bei 35 (17 M. 18 Fr.) länger als 2 Jahre, bei 8 (3 M. 5 Fr.) angeboren. Heredität bei 47 (18 M. 29 Fr.). Alkoholismus war 9 mal (6 M. 3 Fr.), Lues 7 mal (7 M.), Senium 11 mal (5 M. 6 Fr.), Puerperium, Klimakterium 9 mal, Arteriosklerose 2 mal (1 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Zur Beobachtung kamen 4 (3 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 75 (38 M. 37 Fr.), nicht gebessert 51 (33 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 32 (17 M. 15 Fr.) = 5,7 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 3 mal Todesursache. Nach Fertigstellung von 3 neuen Wärterhäusern stehen jetzt im ganzen 13 Wärterwohnungen zur Verfügung: „ihr Segen für das Personal und damit für die Anstalt kann nicht genug hervorgehoben werden". Die Verpflegung kostete pro Kopf und Tag 57,988 Pf.

In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten Westfalens (158) ist der Krankenbestand im Rechnungsjahr 1907 von 3804 auf 3902 gestiegen. Zunahme 98.

Marsberg: Bestand am 1. April 1907: 560 Kr. Zugang 150 (79 M. 71 Fr.). Abgang 153 (90 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 557 Kr. Vom Zugang litten 133 (63 M. 70 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 1 M. an Paralyse, 6 (5 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 5 M. an Imbezillität, Idiotie, 2 M. an Delirium potat.; zur Beobachtung kamen 3 M. Heredität bei 20 (13 M. 7 Fr.). Trunksucht war 13 mal, Trauma 5 mal, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation 5 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bei 14 (9 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 20 (8 M. 12 Fr.) 2—3, bei 5 (1 M. 4 Fr.) 4—6 Monate, bei 17 (8 M. 9 Fr.) 7—12 Monate, bei 10 (6 M. 4 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 23 (8 M. 15 Fr.) 3—5 Jahre, bei 18 (4 M. 14 Fr.) über 5 Jahre; bei 40 (32 M. 8 Fr.) unbekannt. Geheilt und gebessert 78 (40 M. 38 Fr.), ungeheilt 37 (32 M. 5 Fr.), gestorben 35 (15 M. 20 Fr.) = 4,93 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 5 mal, Krebs 2 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Durchschnittliche Gesamtkosten eines Kranken 630,31 M.

Münster: Bestand am 1. April 1907: 661 Kr. Zugang 167 (83 M. 84 Fr.). Abgang 189 (94 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 639 Kr. Von den Aufgenommenen litten 135 (55 M. 80 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 13 (12 M. 1 Fr.) an Paralyse, je 4 M. an Seelenstörung mit Epilepsie und Imbezillität. Zur Beobachtung kamen



11 (8 M. 3 Fr.). Heredität bei 54 (25 M. 29 Fr.). Trunksucht war 6 mal (5 M. 1 Fr.), Lues bei 2 M., Trauma bei 5 (3 M. 2 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation 16 mal, Klimakterium 4 mal, Senium bei 10 (6 M. 4 Fr.), Haft bei 10 M. Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 9 (2 M. 7 Fr.) bis 1 Monat, bei 18 (5 M. 13 Fr.) 2—3, bei 16 (5 M. 11 Fr.) 4—6, bei 28 (18 M. 10 Fr.) 7—12 Monate, bei 8 (5 M. 3 Fr.) bis zu 2, bei 25 (17 M. 8 Fr.) bis zu 5, bei 51 (22 M. 29 Fr.) über 5 Jahre, unbekannt bei 1 M. Unter dem Zugang 12 geisteskranke Verbrecher. Geheilt und gebessert 60 (25 M. 35 Fr.), ungeheilt 94 (51 M. 43 Fr.), davon 93 (50 M. 43 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 24 (9 M. 15 Fr.) = 2,89 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 8 mal, Paralyse 5 mal (4 M. 1 Fr.) Todesursache. Der Grundbesitz der Anstalt ist durch Zukauf um 12,5 ha Ackerland vergrößert und beträgt jetzt rund 57 ha. Durchschnittliche Gesamtkosten für einen Kranken 609,31 M.

Lengerich: Bestand am 1. April 1907: 634 Kr. Zugang 149 (86 M. 63 Fr.). Abgang 155 (104 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 628, davon 59 (28 M. 31 Fr.) in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 116 (60 M. 56 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, 4 (3 M. 1 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 8 (7 M. 1 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 3 (2 M. 1 Fr.) an Delirium potat. Zur Beobachtung kamen 11 (9 M. 2 Fr.). Heredität bei 71 (37 M. 34 Fr.). Lues war 2 mal, Trunksucht 10 mal (8 M. 2 Fr.), Trauma 1 mal, Haft 8 mal, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium 8 mal, Senium 2 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 23 (10 M. 13 Fr.) bis 1 Monat, bei 25 (13 M. 12 Fr.) bis zu 3, bei 8 (5 M. 3 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 18 (11 M. 7 Fr.) bis zu einem, bei 14 (9 M. 5 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 39 (19 M. 20 Fr.) mehr als 2 Jahre, bei 8 (7 M. 1 Fr.) angeboren, unbekannt bei 3 M. Geheilt und gebessert 52 (30 M., 22 Fr.) = 34,89 % der Aufgenommenen, ungeheilt 66 (55 M. 11 Fr.), davon 48 in andere Anstalten. Gestorben 29 (13 M. 16 Fr.) = 3,71 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 4 mal, Krebs 1 mal, Paralyse 6 mal (4 M. 2 Fr.) Todesursache. Durchschnittliche Gesamtkosten eines Kranken 640,30 M.

Aplerbeck: Bestand am 1. April 1907: 602 Kr. Zugang 213 (137 M. 76 Fr.). Abgang 222 (125 M. 97 Fr.). Bleibt Bestand 593 Kr., davon 18 (8 M. 10 Fr.) in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 134 (74 M. 60 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 17 (13 M. 4 Fr.) an Paralyse, 7 (5 M. 2 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 18 (10 M. 8 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 8 (7 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 3 M. an Neurasthenie. Zur Beobachtung 26 (25 M. 1 Fr.). Heredität bei 63 (36 M. 27 Fr.). Trunksucht war 7 mal, Lues 6mal, (5. M. 1 Fr.), Senium 9 mal (3 M. 6 Fr.), Trauma 6 mal (5 M. 1 Fr.), Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 6 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 25 (11 M. 14 Fr.) bis 1 Monat, bei 15 (5 M. 10 Fr.) 1—3, bei 21 (13 M. 8 Fr.) 3—6, bei 14 (11 M. 3 Fr.) 6—12 Monate, bei 17 (8 M. 9 Fr.) 1—2 Jahre, bei 51 (35 M. 16 Fr.) über 2 Jahre, bei 10 M. angeboren; unbekannt bei 34 (19 M. 15 Fr.). 40 (37 M. 3 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Geheilt und gebessert 41 (14 M. 27 Fr.), ungeheilt 115 (70 M. 45 Fr.), davon 102 (61 M. 41 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 37 (15 M. 22 Fr.) = 4,54 % aller Ver-





pflegten. Tuberkulose war 3 mal, Paralyse 12 mal (9 M. 3 Fr.), Krebs 1 mal Todesursache. Durchschnittliche Gesamtkosten für einen Kranken 692,26 M.

Warstein: Bestand am 1. April 1907: 758 (357 M. 401 Fr.). Zugang 416 (232 M. 184 Fr.), darunter aus anderen Anstalten 30 (13 M. 17 Fr.). Abgang 271 (136 M. 135 Fr.). Bleibt Bestand 903 (454 M. 449 Fr.). Von den neu Aufgenommenen litten 305 (156 M. 149 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 29 (24 M 5 Fr.) an Paralyse, 15 (14 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 (2 M. 2 Fr.) an Hysterie mit Seelenstörung, 23 (13 M. 10 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 9 M. an Alkoholismus, 1 M. an Morphinismus. Heredität bei 74 (36 M. 38 Fr.). Lues war 7 mal (6 M. 1 Fr.), Trunksucht bei 23 M., Trauma bei 11 M., Haft bei 3 M., Senium 17 mal (5 M. 12 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett 8 mal, Klimakterium 4 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 46 (25 M. 21 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 61 (32 M. 29 Fr.) 1—3, bei 81 (45 M. 36 Fr.) 3—12 Monate, bei 129 (68 M. 61 Fr.) über 1 Jahr; unbekannt bei 69 (49 M. 20 Fr.). Zur Beobachtung kamen 3 M. Geheilt und gebessert 158 (72 M. 86 Fr.); ungeheilt 34 (24 M. 10 Fr.), davon 30 (22 M. 8 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 74 (35 M. 39 Fr.) = 6,30 % aller Verpflegten. Paralyse war 18 mal (12 M. 6 Fr.), Tuberkulose 9 mal (5 M. 4 Fr.), Krebs 1 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Durchschnittliche Gesamtkosten für einen Kranken 546,83 M.

Eickelborn: Bestand am 1. April 1907: 589 (335 M. 254 Fr.). Zugang 53 (38 M. 15 Fr.). Abgang 60 (31 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand 582 (342 M. 240 Fr.). 27 M. kamen aus anderen Anstalten, aus der Heimat 26 (11 M. 15 Fr.). Vom Zugang litten 33 (26 M. 7 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 1 M. an Paralyse, 17 (9 M. 8 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 2 M. an Epilepsie mit Seelenstörung. Gebessert entlassen 7 M., ungeheilt 1 M., gestorben 52 (23 M. 29 Fr.) = 8,09 % aller Verpflegten. Paralyse war 5 mal, Tuberkulose 11 mal, Krebs 2 mal Todesursache. In Familienpflege 4 Fr. Im Bewahrungshaus am Schluß des Berichtsjahres 54 Kr. Zugang 9, Abgang 5, davon 3 in die Freiheit, 2 zurück in den Strafvollzug. Schwierigkeiten bei Beschäftigung der Kranken; am besten bewährt sich die Schneiderei. Gesamtkosten eines Kranken 436,24 M.

Eichberg (80): Bestand am 1. April 1908: 766 (429 M. 337 Fr.). Zugang 233 (142 M. 91 Fr.). Abgang 245 (150 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand am 31. März 1909: 754 (421 M. 333 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 146 (71 M. 75 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 17 (10 M. 7 Fr.) an Paralyse, 16 (14 M. 2 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 17 (14 M. 3 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 8 (6 M. 2 Fr.) an hysterischer Seelenstörung, 15 M. an Alkoholismus, 1 M. an Morphinismus, 1 Fr. an neurasthenischer Seelenstörung, 12 (11 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 65 (40 M. 25 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 37 M., Lues bei 5 (4 M. 1 Fr.), Kopfverletzung bei 2 M., Senium bei 5 (1 M. 4 Fr.), Puerperium bei 1 Fr., Haft bei 4 (3 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Gemäß § 81 kamen 19 Kr. zur Beobachtung. Mit dem Strafgesetz waren 75 (66 M. 9 Fr.) in Konflikt geraten. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 46 (28 M. 18 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 29 (18 M. 11 Fr.) 3—6 Monate, bei 127 (77 M. 50 Fr.) mehr als 6 Monate. Genesen und gebessert 73 (48 M. 25 Fr.); ungebessert 110 (69 M. 41 Fr.), davon 51 in andere Anstalten. Gestorben 50 (22 M. 28 Fr.). Paralyse war 9 mal (4 M. 5 Fr.), Tuber-



kulose 5 mal (2 M. 3 Fr.) Todesursache. In Familienpflege am Jahresschluß 94 (25 M. 69 Fr.). 10 Fürsorgezöglinge wurden in ihrer Weiterbildung tunlichst gefördert; ihr Zusammenleben mit älteren Geisteskranken führte zu Schwierigkeiten. Die Fürsorgezöglinge werden regelmäßig zahnärztlich untersucht. Gesamtausgabe 805 735,24 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 73 Pf.

Weilmünster (157): Das Berichtsjahr begann mit 924 (465 M. 459 Fr.). Zugang 226 (132 M. 94 Fr.), vom Urlaub zurück 2 (1 M. 1 Fr.). Abgang 195 (120 M. 75 Fr.). Bleibt Bestand am 31. März 1909: 957 (478 M. 479 Fr.). Vom Zugang litten 131 (59 M. 72 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 39 (31 M. 8 Fr.) an Paralyse, 16 (12 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 3 (1 M. 2 Fr.) an Hysterie, 19 (12 M. 7 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 18 (17 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Heredität bei 118 (59 M. 59 Fr.) = ca. 50 % (45 % M. 62½ % Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 36 (32 M. 4 Fr.), Lues bei 29 (22 M. 7 Fr.), Sonnenstich bei 1 M., Verletzungen bes. des Kopfes bei 13 (12 M. 1 Fr.), Pubertät bei 11 (4 M. 7 Fr.), Klimakterium bei 9 Fr., Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation bei 10 Fr., Greisenalter bei 20 (10 M. 10 Fr.), Haft bei 5 (4 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Gemäß § 81 kamen 3 M. zur Beobachtung. Von den Aufgenommenen waren 72 (62 M. 10 Fr.) mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zunahme der schweren Verbrecher, welche den modernen Anstaltsbetrieb stören und gefährden; Prozentsatz der vorbestraften Männer = 47 %. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 36 (16 M. 20 Fr.) unter 3 Monaten, bei 25 (13 M. 12 Fr.) 3—6 Monate, bei 165 (103 M. 62 Fr.) über 6 Monate. Geheilt und gebessert 61 (33 M. 28 Fr.); ungeheilt 43 (41 M. 2 Fr.), davon 29 M. in andere Anstalten; nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 88 (43 M. 45 Fr.) = 10 %; ⅓ der Verstorbenen war Paralytiker. Tuberkulose war in 22 % der Todesfälle Todesursache, es starben daran 20 Kr. Ein vorgeschrittener Paralytiker erhängte sich nachts im Wachsaal in knieender Stellung mit seinem Taschentuch an seinem Bett. Ausgedehnte Typhusepidemie, über deren Ursache und Entstehung Bestimmtes sich nicht nachweisen ließ. Bazillenträger sind nicht ermittelt. 4 Todesfälle durch Typhus. Zunahme der Unruhigen und chronisch Unreinen, daher ständige Überfüllung der 12 Wachabteilungen; ihre Vermehrung ist in Aussicht genommen. Ernährung mit der Schlundsonde besonders häufig bei Frauen. 3 Entbindungen. Gesamtausgabe 624 157,91 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 63 Pf.

Rheinprovinz (127): In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten befanden sich am 1. April 1908: 5338 (2904 M. 2434 Fr.). Zugang 3766 (2307 M. 1459 Fr.). Abgang 3328 (2060 M. 1268 Fr.). Bleibt Bestand 5776 (3151 M. 2625 Fr.).

Andernach: Bestand am 1. April 1908: 481 (249 M. 232 Fr.). Zugang 296 (137 M. 159 Fr.). Abgang 251 (126 M. 125 Fr.). Bleibt Bestand 526.

Bonn: Bestand am 1. April 1908: 764 (402 M. 362 Fr.). Zugang 683 (407 M. 276 Fr.). Abgang 625 (381 M. 244 Fr.). Bleibt Bestand 822 (428 M. 394 Fr.).

Düren: Bestand am 1. April 1908: 718 (385 M. 333 Fr.). Zugang 292 (164 M. 128 Fr.). Abgang 256 (154 M. 102 Fr.). Bleibt Bestand 754 (395 M. 359 Fr.).

Galkhausen: Bestand am 1. April 1908: 857 (436 M. 421 Fr.). Zugang 533 (320 M. 213 Fr.). Abgang 539 (325 M. 214 Fr.). Bleibt Bestand 851 (431 M. 420 Fr.).



Grafenberg: Bestand am 1. April 1908: 876 (530 M. 346 Fr.). Zugang 771 (457 M. 314 Fr.). Abgang 731 (465 M. 266 Fr.). Bleibt Bestand 916 (522 M. 394 Fr.).

Johannistal: Bestand am 1. April 1908: 874 (511 M. 363 Fr.). Zugang 580 (365 M. 215 Fr.). Abgang 561 (391 M. 170 Fr.). Bleibt Bestand 893 (485 M. 408 Fr.).

Merzig: Bestand am 1. April 1908: 768 (391 M. 377 Fr.). Zugang 356 (202 M. 154 Fr.). Abgang 343 (196 M. 147 Fr.). Bleibt Bestand 781 (397 M. 384 Fr.).

Cöln-Lindenthal: Zugang 178 M. Abgang 5 M. Bleibt Bestand 173 M.

Brauweiler: Zugang 77 M. Abgang 17 M. Bleibt Bestand 60 M.

Vom Gesamtzugang litten 2574 (1394 M. 1180 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 315 (252 M. 63 Fr.) an Paralyse, 380 (283 M. 97 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 115 (90 M. 25 Fr.) an Epilepsie, 198 (123 M. 75 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 129 (118 M. 11 Fr.) an Delir. potat., 55 (47 M. 8 Fr.) waren nicht geisteskrank. Von den Aufgenommenen waren erblich belastet 1105 (637 M. 468 Fr.) = 30 % (28,5 % M. 32,1 % Fr.) und zwar direkt von den Eltern her 16,5 % (15,8 % M. 17,4 % Fr.), indirekt und durch Familienanlage 13,5 % (12,7 % M. 14,7 % Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 12,6 % (18,8 % M. 3,1 % Fr.) Krankheitsursache. Luetisch infiziert waren von den Aufnahmen 4 % (5,3 % M. 2 % Fr.), von den aufgenommenen Paralysen 83 (68 M. 15 Fr.) = 26 % (27,2 % M. 23,8 % Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 678 (637 M. 41 Fr.) = 17,9 % (27,6 % M. 2,8 % Fr.). Unmittelbar aus der Untersuchungs- oder Strafhaft kamen 300 Personen; am 1. April 1909 befanden sich 231 (203 M. 28 Fr.) derartige Kranke in den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten. Genesen und gebessert 1498 (864 M. 634 Fr.); ungeheilt 1124 (770 M. 354 Fr.), davon 710 (518 M. 192 Fr.) in andere Anstalten; nicht geisteskrank 74 (62 M. 12 Fr.). Gestorben 632 (364 M. 268 Fr.) = 7,1 % der Verpflegten und zwar in Andernach 6,3 %, in Bonn 7,2 %, in Düren 8,51 %, in Galkhausen 8,4 %, in Grafenberg 6,8 %, in Johannistal 6,33 %, in Merzig 6 %. Unter den Gestorbenen befanden sich 154 (117 M. 37 Fr.) Paralysen. 0,9 % der Verpflegten sind an Tuberkulose gestorben. Tuberkulose war Todesursache in Andernach in 6,1 % der Sterbefälle, in Bonn in 14,4 %, in Düren in 23,3 %, in Galkhausen in 8,4 %, in Grafenberg in 11,6 %, in Johannistal in 10,8 %, in Merzig in 10,3 % der Sterbefälle. 1 Typhusfall in Galkhausen. Bei einer Typhusbazillenträgerin in Andernach schien Natr. salicyl. eine Zeitlang günstig zu wirken, doch mußte es später wegen ungünstiger Beeinflussung der Herztätigkeit ausgesetzt werden; bei 3 anderen Bazillenträgerinnen blieb der Erfolg des Natr. salicyl. aus. Die Irrenanstalt der Alexianerbrüder in Cöln-Lindenthal wird seit Oktober 1908 für Rechnung des Provinzialverbandes als Provinzial-Pflegeanstalt für unheilbare männliche Geisteskranke geführt. Das Bewahrungshaus Brauweiler ist im Mai 1908 eröffnet und zählt 60 Betten. Das Dürener Bewahrungshaus hat 48 Betten. Ein drittes Bewahrungshaus mit 60 Betten wird bei der im Bau begriffenen Anstalt Cleve-Bedburg errichtet. Bis zum Jahresschluß waren hier 28 Anstaltsgebäude im Rohbau fertiggestellt und unter Dach gebracht; außerdem



ist der alte Gutshof für Anstaltszwecke umgebaut und erweitert. Seit Juni 1908 ist das Baugelände an die Staatsbahn angeschlossen. In Johannistal hat die Vergrößerung der Anstalt um 240 Betten begonnen. Die 6—17 Jahre alten epileptischen Kinder werden hier in den Unterrichtsfächern der Volksschule unterrichtet; daneben wird besonders Wert gelegt auf Anschauung, Fröbelbeschäftigung, Handfertigkeitsunterricht und Bewegungsspiele. 3 Lehrer, 2 Lehrerinnen, 1 kath. Pfarrer im Hauptamt. — Von den Kranken IV. Klasse waren durchschnittlich beschäftigt in Andernach 60,6 %, in Bonn 55 %, in Düren 64 %, in Galkhausen 50 %, in Grafenberg 49,7 %, in Johannistal 64,3 %, in Merzig 47,5 %, in Cöln-Lindenthal 15,8 %, in Brauweiler 52,7 %.

Gesamtkosten eines Geisteskranken auf das Jahr 661 M., pro Kopf und Tag 1,81 M. Arznei und Verbandmittel kosteten pro Jahr und Kopf durchschnittlich 7,67 M.

Tannenhof (148): Im ganzen wurden verpflegt 651 Kr. Höchster Krankenbestand 479, niedrigster Krankenbestand 448. 200 Neuaufnahmen (111 M. 89 Fr.). Heredität bei 83 (34 M. 49 Fr.), Alkoholbelastung bei 12 (9 M. 3 Fr.). Alkoholismus war Krankheitsursache bei 13 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 36 (19 M. 17 Fr.) 1 Monat, bei 47 (27 M. 20 Fr.) 2—3 Monate, bei 21 (12 M. 9 Fr.) 4—6 Monate, bei 22 (15 M. 7 Fr.) 4—12 Monate, bei 40 (19 M. 21 Fr.) 2—5 Jahre, bei 34 (19 M. 15 Fr.) länger als 5 Jahre. Abgang 193 (110 M. 83 Fr.). Genesen und gebessert 72 (31 M. 41 Fr.), ungeheilt 57 (33 M. 24 Fr.), nicht geisteskrank 11 (8 M. 3 Fr.). Gestorben 53 (38 M. 15 Fr.). Tuberkulose war 6 mal Todesursache, Suizid 1 mal. 5 Typhusfälle. Infektionsquelle eine bis dahin nicht als solche bekannte Bazillenträgerin.

Hephata-M.-Gladbach (94): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 302 Zöglinge. Zugang 62. Abgang 38. Bleibt Bestand 326. Vom Zugang litten 48 an einfachem Blödsinn, 2 an Blödsinn mit Taubstummheit, 8 an Blödsinn mit Lähmung von Gliedmaßen, je 1 an Blödsinn mit Veitstanz und Blödsinn mit Epilepsie; schwachbegabt und moralisch minderwertig 1. Das Leiden war angeboren bei 46, erworben im 1—12. Lebensjahr bei 16. Unterricht in 6 Abteilungen. In Werkstätten wurden 76 Zöglinge beschäftigt. Gebessert ins Elternhaus zurück 5, ungebessert 10, in andere Anstalten überführt 5. Gestorben 18. Tuberkulose war 14 mal Todesursache. Morbidität außerordentlich hoch. Die Beköstigung kostete für Zöglinge und Personal durchschnittlich 44,8 Pf. pro Kopf und Tag.

Bayreuth (65): Bestand am 1. Jan. 1908: 611 (357 M. 254 Fr.). Zugang 170 (89 M. 81 Fr.). Abgang 182 (105 M. 77 Fr.). Bleibt Bestand 599 (341 M. 258 Fr.). Vom Zugang litten 102 (48 M. 54 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (6 M. 4 Fr.) an Paralyse, 23 (8 M. 15 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 11 (6 M. 5 Fr.) an Imbezillität, 23 (20 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 1 M. nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30 (19 M. 11 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 47 (22 M. 25 Fr.) unter 3, bei 55 (24 M. 31 Fr.) unter 6, bei 73 (31 M. 42 Fr.) unter 12 Monaten, bei 80 (37 M. 43 Fr.) über 1 Jahr, bei 39 (25 M. 14 Fr.) über 2 Jahre. Heredität bei 59 (22 M. 37 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 27 (23 M. 4 Fr.). Zur Beobachtung 1 M. Geheilt und gebessert 95 (57 M. 38 Fr.),

ungeheilt 43 (24 M. 19 Fr.), davon 28 (14 M. 14 Fr.) in andere Anstalten, nicht geisteskrank 1 M. Gestorben 44 (24 M. 20 Fr.). Tuberkulose war 11 mal (8 M. 3 Fr.) Todesursache. Durchschnittliches Hirngewicht bei Männern: 1279,5 g, bei Frauen: 1153,3 g. Das schwerste Männergehirn wog 1435 g, das leichteste 1070 g; das schwerste Frauengehirn 1370 g, das leichteste 990 g. Gesamtausgabe 428 755,87 M.

Eglfing (79): Bestand am 1. Jan. 1908: 1075 (553 M. 522 Fr.). Zugang 555 (315 M. 240 Fr.). Abgang 476 (279 M. 197 Fr.). Bleibt Bestand 1154 (589 M. 565 Fr.). Vom Zugang litten 335 (145 M. 190 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 99 (71 M. 28 Fr.) an Paralyse, 27 (21 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 27 (20 M. 7 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 63 (54 M. 9 Fr.) an Delir. potat.; nicht geisteskrank waren 4 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme (64 Wiederaufnahmen ohne vorherige Genesung (48 M. 16 Fr.) bleiben außer Betracht) bei 66 (7 M. 59 Fr.) bis 1 Monat, bei 79 (31 M. 48 Fr.) 2—3, bei 47 (23 M. 24 Fr.) 4—6, bei 74 (52 M. 22 Fr.) 7—12 Monate, bei 51 (34 M. 17 Fr.) im 2. Jahr, bei 170 (116 M. 54 Fr.) über 2 Jahre. Heredität bei 191 (103 M. 88 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 13 M., davon waren 9 krank. 88 (75 M. 13 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Genesen und gebessert 37,8 % des Abgangs, ungeheilt 12,3 %, in andere Anstalten 21,9 %. Gestorben 28 % = 8,1 % aller Verpflegten. Auf Tuberkulose treffen 19 % der Sterbefälle (132 Kr.). 62 (45 M. 17 Fr.) der Verstorbenen war paralytisch. Die beiden letzten neuen Pavillons à 72 Betten sind fertiggestellt und belegt. Normalbelegzahl jetzt 1156 Betten. Dauernd steigende Überfüllung. Von den Männern waren durchschnittlich beschäftigt 140, von den Frauen 190. Dauernd bettlägerig rund 370 Kr. Erweiterung der Dauerbäder auf der Aufnahmestation für unruhige Männer. Gesamtausgabe 1 036 256,94 M.

Gabersee (89): Bestand am 1. Jan. 1908: 748 (398 M. 350 Fr.). Zugang 200 (112 M. 88 Fr.). Abgang 201 (115 M. 86 Fr.). Bleibt Bestand 747 (395 M. 352 Fr.). Vom Zugang waren Erstaufnahmen und solche nach vorheriger Genesung 172 (93 M. 79 Fr.). Davon litten 126 (55 M. 71 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 26 (20 M. 6 Fr.) an Paralyse, 6 M. an Seelenstörung mit Epilepsie, 4 (3 M. 1 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 7 (6 M. 1 Fr.) an Delir. potat.; 3 M. waren nicht geisteskrank. Heredität bei 48,5 %. 40 % des Zugangs (46 % M. 32 % Fr.) waren wegen Sicherheitsgefährlichkeit durch distriktspolizeilichen Beschluß eingewiesen. 17,2 % der Aufgenommenen standen im 1. Monat der Erkrankung, 13,6 % im 2.—3., 10,1 % im 4.—6., 16,6 % im 7.—12. Monat, 12,4 % im 2. Jahr der Erkrankung, 18,3 % waren über 12 Jahre krank. Genesen und gebessert 98 (56 M. 42 Fr.), ungeheilt 21 (15 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 4. Gestorben 78 (40 M. 38 Fr.) = 8,2 % aller Verpflegten. Paralyse war 22 mal, Tuberkulose 22 mal Todesursache, Dysenterie 2 mal. Beschäftigt wurden rund 60 % Kr. Gabersee hat im Oktober des Berichtsjahres sein 25 jähriges Bestehen gefeiert. Die aus diesem Anlaß vom Direktor gehaltene, dem Jahresbericht beigefügte Festrede gibt einen Überblick über die Entwicklung der Anstalt. Die Einführung einer elektrischen Licht- und Kraftanlage ist beschlossen, ein Pflegepavillon für 80 M. mit Dauerbad usw. wird neu gebaut, das Anstaltsgelände soll durch Zukauf vergrößert werden; es umfaßt jetzt 203,5 ha. Einschließlich der Kosten für die projektierten Neu-



bauten betragen die Gesamtausgaben für die ganze Anstalt rund 3 800 000 M. Summe der Ausgaben im Berichtsjahr 533 868,78 M.

Kaufbeuren (99): Bestand zu Beginn des Jahres 592 (295 M. 297 Fr.). Zugang 339 (190 M. 149 Fr.). Abgang 317 (180 M. 137 Fr.). Bleibt Bestand 614 (305 M. 309 Fr.). Vom Zugang waren erste Aufnahmen und solche mit vorheriger Genesung 260 (140 M. 120 Fr.). 228 (106 M. 122 Fr.) litten an einfacher Seelenstörung, 33 (25 M. 8 Fr.) an Paralyse, 24 (10 M. 14 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 13 (10 M. 3 Fr.) an Imbezillität, 36 (34 M. 2 Fr.) an Delir. potator.; nicht geisteskrank waren 6 M. Zur Beobachtung kamen 10 (9 M. 1 Fr.) 41 % aller Erstaufnahmen kam im ersten Vierteljahre der Erkrankung in die Anstalt. Heredität bei 57,7 %. Alkoholmißbrauch war bei den Männeraufnahmen in 37 %, bei den Frauenaufnahmen in 9,3 % Krankheitsursache. 37 (33 M. 4 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Genesen und gebessert 161 (96 M. 65 Fr.) = 51,6 % des Abgangs, ungeheilt 94 (45 M. 49 Fr.). Gestorben 57 (34 M. 23 Fr.) = 9,1 % des Durchschnittsbestandes, darunter 24 (20 M. 4 Fr.) Paralysen. Durchschnittsalter der paralytischen Männer beim Tode 48 Jahre 2 Monate, der paralytischen Frauen 51 Jahre 4 Monate. Durchschnittsgewicht der männlichen paralytischen Gehirne 1217 g, der weiblichen 977 g. Tuberkulose war 8 mal Todesursache. Schlundsondenernährung bei 25 Männern und 28 Frauen; Höchstdauer 6 Monate. 32 Entweichungen (30 M. 2 Fr.). Von den Männern wurden durchschnittlich beschäftigt 115, von den Frauen 110. Gesamtausgabe 599 733,52 M.

Pflegeanstalt Irrsee: Bestand am 1. Jan. 1908: 271 (127 M. 144 Fr.). Zugang 42 (24 M. 18 Fr.), bis auf 1 M. sämtlich aus Kaufbeuren. Abgang 46 (26 M. 20 Fr.). Bleibt Bestand 267 (125 M. 142 Fr.). Gebessert 3 (2 M. 1 Fr.), ungeheilt in andere Anstalten 19 (11 M. 8 Fr.). Gestorben 24 (13 M. 11 Fr.). 20 % der Verstorbenen litten an Paralyse. Tuberkulose war 6 mal, Krebs 4 mal Todesursache. 2 Typhuserkrankungen unter dem Pflegepersonal. Sondenfütterung bei 4 Kr. vorübergehend, bei einem Katatoniker das ganze Jahr hindurch notwendig. 6 Entweichungen. Beschäftigt durchschnittlich 37 M. 42 Fr. Gesamtausgabe 196 243,81 M. In Kaufbeuren sind neugebaut: ein Ärztehaus mit 2 Wohnungen, ein Leichenhaus mit Kapelle, Sektionssaal und Nebenräumen, je 1 Anbau auf der Männer- und Frauenabteilung, enthaltend Wachsäle, Bäder, Tagräume, Zimmer fürs Pflegepersonal, Besuchszimmer usw. Die Zentralanlagen sind erweitert und verbessert. Irrsee soll auf 300 Betten erweitert, 1 Krankenhaus für unruhige Männer neugebaut, die Zentralanlagen ebenfalls erweitert und modernisiert werden. Kostenanschläge für eine neue Anstalt sowie für den Ausbau von Kaufbeuren bis zu 1000 Betten werden aufgestellt. Für die Anstaltsbeamten ist eine neue Gehaltsordnung eingeführt, sie werden dadurch den Staatsbeamten gleichgestellt.

Kutzenberg (105): Bestand 1. Jan. 1908: 214 (130 M. 84 Fr.), davon beurlaubt 15 (6 M. 9 Fr.). Zugang 155 (82 M. 73 Fr.), davon 140 (73 M. 67 Fr.) erste Aufnahmen. Abgang 108 (59 M. 49 Fr.). Bleibt Bestand 261 (153 M. 108 Fr.), davon beurlaubt 24 (15 M. 9 Fr.). Von den Neuaufgenommenen litten 104 (51 M. 53 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (7 M. 8 Fr.) an Paralyse, 9 (6 M. 3 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 6 (3 M. 3 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 6 M. an Delir. potat. Heredität bei 94 (49 Fr. 45 M.). Krankheitsdauer



vor der Aufnahme bei 19 (8 M. 11 Fr.) bis 1 Monat, bei 20 (9 M. 11 Fr.) 2—3, bei 7 (2 M. 5 Fr.) 4—6, bei 20 (9 M. 11 Fr.) 7—12 Monate, bei 12 (8 M. 4 Fr.) 1—2 Jahre, bei 60 (35 M. 25 Fr.) über 2 Jahre, bei 8 (4 M. 4 Fr.) angeboren. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 41 (31 M. 10 Fr.). Genesen und gebessert 61 (32 M. 29 Fr.), ungeheilt 29 (18 M. 11 Fr.), davon 21 (15 M. 6 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 18 (9 M. 9 Fr.). Tuberkulose war 1 mal Todesursache, Suizid 3 mal bei beurlaubten Kranken. Ständig beschäftigt bei den Männern 47,8 %, bei den Frauen 50,5 %; in Bettbehandlung ständig 5,7 % M. und 10,1 % Fr. Beschreibung des sog. „externen Dienstes" und seiner Vorteile bei Beurlaubungen usw.; ihm wird eine hervorragende Bedeutung für die Kranken, für den Ruf der Anstalten, für die Irrenfürsorge überhaupt zugewiesen. Die erste Bauperiode für Kutzenberg ist abgeschlossen, das Krankenbett kostet bis jetzt rund 4450 M. Die Anstalt ist unvollständig und stellt ein Provisorium dar, mit Recht wird rascher Ausbau zu einem einheitlichen Ganzen gefordert. Neue Gehaltsregulative haben die Gehälter von Beamten und Bediensteten verbessert. Das Areal der zur Anstalt gehörigen Landwirtschaft beträgt ohne Wald 75,8 ha. Gesamtausgabe 179 071,63 M.

Der Bericht über die Königliche psychiatrische Klinik in München (115) umfaßt die Jahre 1906 und 1907. Zugang 1906: 1832 (1168 M. 664 Fr.); Zugang 1907: 1914 (1278 M. 636 Fr.). Durchschnittlich belegte Betten 1906: 109, 1907: 111. Die stärkste Gruppe unter den Aufgenommenen bilden die Alkoholisten: 325 (292 M. 33 Fr.) — 305 (267 M. 38 Fr.); an zweiter Stelle steht das manisch-depressive Irresein 195 (68 M. 127 Fr.) — 220 (71 M. 149 Fr.). An Paralyse haben gelitten 125 (95 M. 30 Fr.) — 138 (104 M. 34 Fr.), an Epilepsie 180 (146 M. 34 Fr.) — 137 (119 M. 18 Fr.), an Hysterie 143 (45 M. 98 Fr.) — 134 (65 M. 69 Fr.), an Dementia praecox 183 (97 M. 86 Fr.) — 134 (87 M. 47 Fr.), an Psychopathie 134 (77 M. 57 Fr.) — 103 (58 M. 45 Fr.), an traumatischer Geistesstörung 38 (35 M. 3 Fr.) — 39 (37 M. 2 Fr.), an seniler Demenz 39 (16 M. 23 Fr.) — 38 (12 M. 26 Fr.), an Arteriosklerose 23 (15 M. 8 Fr.) — 27 (19 M. 8 Fr.), an Hirnlues 16 (11 M. 5 Fr.) — 12 (7 M. 5 Fr.), an Imbezillität 27 (21 M. 6 Fr.) — 29 (23 M. 6 Fr.), an Idiotie 5 (3 M. 2 Fr.) — 6 (3 M. 3 Fr.), an Paranoia 1 Fr. — 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 122; ein großer Teil der Kranken kam schon sterbend in die Klinik. Vermeidung jeder Überfüllung, Fortfall der Isolierung, reichliche Bemessung des Wartpersonals, ausgiebige Anwendung von Dauerbädern gaben der „Irrenabteilung" immer mehr den Charakter eines gewöhnlichen Krankensaals. Gute Dienste leisteten kleinere Bäder mit 2 Wannen, in denen einzelne besonders unruhige oder pflegebedürftige Kranke von den übrigen im großen Badezimmer befindlichen Patienten getrennt behandelt werden konnten. Die Verwendung von Schwestern auf den Männerabteilungen hat sich gut bewährt. Der Frauenabteilung wurde ein „Kindersaal" mit 6 Betten für klinische Zwecke angegliedert. Die Regulierung der Temperatur des zu Dauerbädern verwendeten Wassers, die bisher keine unbedingte Sicherheit gegen Verbrühungen von Kranken gewährte, ist verbessert und erfolgt jetzt auf elektrischem Wege. Ausführliche kritische Besprechungen der verschiedenen Formen von Seelenstörungen bei dem gesamten Krankenmaterial sowie die Mitteilungen über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen





und die Nachrichten aus dem serodiagnostischen und chemischen Laboratorium der Klinik machen den Jahresbericht besonders wertvoll und anregend.

Die psychiatrische Poliklinik wurde in beiden Berichtsjahren von zusammen 939 (601 M. 338 Fr.) besucht.

Der Gesamtbestand in den Landes-Heil- und Pflege-Anstalten des Königreichs Sachsen (135) betrug zu Beginn des Berichtsjahres 4837 (2280 M. 2557 Fr.) — 189 (105 M. 84 Fr.) mehr als am Anfang des Vorjahres. Gesamtzugang 852 (422 M. 430 Fr.). Gesamtabgang 728 (373 M. 355 Fr.). Bleibt Bestand 4961 (2329 M. 2632 Fr.) — 124 Kr. mehr als am Jahresanfang.

Sonnenstein: Anfangsbestand 581 (314 M. 267 Fr.). Zugang 146 (76 M. 70 Fr.). Abgang 120 (61 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 607 (329 M. 278 Fr.).

Untergöltzsch: Anfangsbestand 534 (267 M. 267 Fr.). Zugang 108 (42 M. 66 Fr.). Abgang 119 (58 M. 61 Fr.). Bleibt Bestand 523 (251 M. 272 Fr.).

Zschadraß: Anfangsbestand 534 (266 M. 268 Fr.). Zugang 122 (49 M. 73 Fr.). Abgang 106 (41 M. 65 Fr.). Bleibt Bestand 550 (274 M. 276 Fr.).

Großschweidnitz: Anfangsbestand 464 (199 M. 265 Fr.). Zugang 141 (57 M. 84 Fr.). Abgang 121 (52 M. 69 Fr.). Bleibt Bestand 484 (204 M. 280 Fr.).

Hubertusburg: Anfangsbestand 1398 (518 M. 880 Fr.). Zugang 223 (114 M. 109 Fr.). Abgang 155 (83 M. 72 Fr.). Bleibt Bestand 1466 (549 M. 917 Fr.).

Colditz: Anfangsbestand 598 (308 M. 290 Fr.). Zugang 45 (23 M. 22 Fr.). Abgang 46 (24 M. 22 Fr.). Bleibt Bestand 597 (307 M. 290 Fr.).

Hochweitzschen: Anfangsbestand 728 (408 M. 320 Fr.). Zugang 101 (69 M. 32 Fr.). Abgang 87 (60 M. 27 Fr.). Bleibt Bestand 742 (417 M. 325 Fr.).

Vom Gesamtzugang litten 586 (227 M. 359 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 68 (78 M. 20 Fr.) an Paralyse, 15 (4 M. 11 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 28 (14 M. 14 Fr.) an Imbezillität, 40 (24 M. 16 Fr.) an Idiotie, 8 (6 M. 2 Fr.) an chronischem Alkoholismus. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 27,4 % bis zu 3, bei 13,5 % bis zu 6, bei 13,5 % bis zu 12 Monaten, bei 13 % bis zu 2, bei 7,5 % bis zu 3, bei 3,2 % bis zu 4, bei 3,5 % bis zu 5 Jahren, bei 11,2 % über 5 Jahre, bei 7 % von Kindheit auf. Die Zahl der innerhalb der ersten drei Monate ihrer Erkrankung Aufgenommenen blieb sich in den letzten 5 Jahren auffallend gleich. Überfüllung aller Anstalten und ungebührliche Verzögerung der Aufnahmeanträge bewirkten Rückgang der Aufnahmen. Besserung dieser Verhältnisse wird von der neuen Pflegeanstalt in Arnsdorf sowie von Einführung der Familienpflege erhofft. 30 % aller Aufgenommenen litt an Dementia praecox. Die Zahl der an Dementia senilis Erkrankten hat zugenommen. An Paralyse haben 22,4 % M. und 4,9 % Fr. gelitten. Nach dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre bestand ein Viertel des männlichen Zugangs aus Paralytikern. Von den in Hochweitzschen aufgenommenen Epileptikern waren nur 12 % psychisch intakt; bei den Krankheitsformen überwogen bei weitem die Formen der Dementia praecox (78 %). Heredität durchschnittlich bei 49 % des Zugangs. Alkoholmißbrauch bei 10,8 % der aufgenommenen Männer Krankheitsursache. Trauma war bei 11 % M. u. 1 % Fr. Krankheitsursache, bei 48,5 % der männlichen u. 39,2 der weiblichen Paralysen war Lues nachweisbar. Von den in Hochweitzschen aufgenommenen Epileptikern waren 40 % erblich belastet; psychische Shokwirkung war

bei 11,3 %, somatische Ursachen bei 16,5 %, somatische und psychische Ursachen bei 2 %, Alkoholintoxikation bei 1 % Krankheitsursache. Vom Zugang in Colditz, waren 82,6 % M. u. 36 % Fr. mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Gemäß § 81 kamen in allen Anstalten 11 Kr. zur Beobachtung.

Genesen und gebessert 295 (128 M. 167 Fr.) = 43,2 % der Aufnahmen. 75,7 % der Kurerfolge fallen wieder ins erste Behandlungsjahr. Nach $1^1/_2$ jähriger Anstaltsbehandlung war nur noch bei 16,2 % ein Behandlungserfolg zu verzeichnen. Heilerfolge bei den Epileptischen sehr gering. Gestorben 246 (136 M. 110 Fr.) = 5,9 % des durchschnittlichen Gesamtbestandes (7,1 % M. u. 4,8 % Fr.). 34,5 % aller Gestorbenen waren paralytisch (53 % M. 12 % Fr.). Bei 16,6 % der Verstorbenen war Tuberkulose Todesursache (9,5 % M. 25,4 % Fr.). Krebs war 9 mal (3,6 %) Todesursache.

Wechsel im männlichen Pflegepersonal sehr gering, etwas häufiger im weiblichen Pflegepersonal. Neben den „Pflegerinnen" arbeiten Hilfswärterinnen; ihnen fallen vorwiegend die wirtschaftlichen Obliegenheiten zu. Die Überfüllung der Abteilungen für Unruhige und Wachbedürftige besteht in allen Anstalten fort.

Die Landesanstalt zu Waldheim, welche besonders geistig erkrankte oder auf ihren Geisteszustand zu beobachtende männliche Gefangene der Landes-Straf- und Korrektionsanstalten, weiter aber auch solche Geisteskranke aufnimmt, die ihres verbrecherischen Vorlebens oder ihrer Persönlichkeit wegen für andere Landes-Heil- und Pflege-Anstalten ungeeignet erscheinen, hatte einen Anfangsbestand von 188 Kr. Zugang 57. Abgang 55. Bleibt Bestand 190. Vom Zugang litten 35 an einfacher Seelenstörung, 2 an Paralyse, 2 an Epilepsie mit Seelenstörung, 3 an Imbezillität. Heredität war 6 mal, individuelle Anlage 14 mal, Alkoholmißbrauch 8 mal, Einzelhaft 11 mal, Lues 2 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 17, ungeheilt 15, nicht geisteskrank 15, gestorben 8. Tuberkulose war 2 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Vom Durchschnittsbestand 82,5 % täglich beschäftigt.

Die psychiatrische und Nervenklinik der Universität Leipzig — 170 Betten — verpflegte 964 (583 M. 381 Fr.); und zwar 537 Geisteskranke, 168 Alkoholisten, 259 Nervenkranke. Durchschnittliche Verpflegungsdauer für M. 50, für Fr. 73 Tage. Heredität bei 124 vom Zugang, Alkoholmißbrauch bei 205. Abgang 810, davon 45 (29 M. 16 Fr.) gestorben.

Die städtische Heil- und Pflege-Anstalt zu Dresden verpflegte: 1. in der Heilanstalt — 120 Betten — 1142 (708 M. 434 Fr.) und zwar 757 Geisteskranke, 299 Alkoholiker und 86 Nervenkranke. Zugang 1053, darunter 334 erblich belastete und 336 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 1044, davon 59 (45 M. 14 Fr.) gestorben. 2. in der Pflegeanstalt — 1130 Betten — 1715 (774 M. 941 Fr.) und zwar 1178 Geisteskranke, 89 Alkoholiker und 448 Nervenkranke. Zugang 631; davon 192 mit Heredität, 149 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 318; 243 gestorben. In der Zweiganstalt Luisenhaus — 189 Betten — wurden 207 (132 M. 75 Fr.) verpflegt und zwar 176 Geisteskranke, 3 Alkoholiker, 28 Nervenkranke. Zugang 20, davon 10 mit Heredität. Abgang 21, davon 8 (6 M. 2 Fr.) gestorben.

Die städtische Irrenanstalt zu Leipzig-Thonberg — 65 Betten — hat 67 (34 M. 33 Fr.) verpflegt und zwar 55 Geisteskranke, 2 Alkoholiker, 10 Nerven-



kranke. Zugang 21, davon 6 mit Heredität und 2 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 23, davon 6 gestorben.

Die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz — 125 Betten — hat 450 (257 M. 193 Fr.) verpflegt und zwar 338 Geisteskranke, 72 Alkoholiker, 40 Nervenkranke. Zugang 358, darunter 53 mit Heredität und 80 mit vorausgegangenem Alkoholmißbrauch. Abgang 348, davon 35 gestorben.

Die Privatirren- und Nervenheilanstalten zu Neucoswig, Prödel, Möckern, Tharandt und Elsterberg — 225 Betten — verpflegten 466 (260 M. 206 Fr.) und zwar 273 Geisteskranke, 29 Alkoholiker, 164 Nervenkranke. Zugang 308, darunter 69 mit Heredität, 41 mit vorausgegangenem Alkoholmißbrauch. Abgang 300, davon 15 gestorben.

Die Unfallnervenklinik „Hermannhaus zu Stötteritz" — 40 Betten — hat 747 M. verpflegt und zwar 22 Geisteskranke, 8 Alkoholiker, 717 Nervenkranke (216 Neurastheniker und 223 Hysteriker). Zugang 717. Abgang 728. Täglicher Bestand durchschnittlich 34.

In der Abteilung für Schwachsinnige der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige in Chemnitz gelangten bei einem Anfangsbestand von 472 Kindern 120 (68 Kn. 52 Md.) zur Aufnahme und 110 zur Entlassung. 48 % des Zugangs erblich belastet bez. familiär veranlagt. 6 hatten Kopfverletzungen erlitten, 36 in der ersten Jugendzeit Krämpfe gehabt. 95 % entstammten ärmlichen Verhältnissen. Bei 20 % fand sich erbliche Belastung, Skrofulose, Rachitis.

In der bei der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Hubertusburg bestehenden Abteilung für nicht bildungsfähige schwachsinnige Kinder betrug der Anfangsbestand 86 (46 Kn. 40 Md.). Zugang 30 (18 Kn. 12 Md.). Abgang 27 (19 Kn. 8 Md.), davon gestorben 7 (6 Kn. 1 Md.).

Dösen (77): Bestand am 1. Jan. 1908: 991 (525 M. 466 Fr.). Zugang 490 (308 M. 182 Fr.). Abgang 409 (265 M. 144 Fr.). Bleibt Bestand 1072 (568 M. 504 Fr.). Von den Aufgenommenen kamen 361 (243 M. 118 Fr.) aus der psychiatrischen Klinik in Leipzig, 50 Kr. aus anderen Anstalten; unmittelbar aufgenommen wurden 79 (37 M. 42 Fr.). Vom Zugang litten 230 (118 M. 112 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 91 (68 M. 23 Fr.) an Paralyse, 34 (14 M. 20 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 44 (31 M. 13 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 11 (3 M. 8 Fr.) an Hysterie, 77 (74 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 1 Fr. an Morphinismus, je 1 Fr. an Hemiplegie und chronischer Polyarthritis. An den verschiedenen Formen der Demendia praecox litten 96 (48 M. 48 Fr.), an manisch-depressiver Psychose 23 (13 M. 10 Fr.), an Melancholie 11 (2 M. 9 Fr.), an Manie 3 Fr., an Paranoia 34 (14 M. 20 Fr.), an Dementia senilis 29 (18 M. 11 Fr.), an Dementia arteriosclerotica 6 (4 M. 2 Fr.), an psychischer Degeneration 12 (10 M. 2 Fr.), an sekundärem Schwachsinn 4 M., an Schwachsinn nach Apoplexie 6 (4 M. 2 Fr.), an akuter Verwirrtheit 4 (1 M. 3 Fr.), an polyneuritischer Psychose 2 Fr. Heredität bei 39,8 % des Zugangs (48 % M. 25,8 % Fr.) und zwar bei den an einfacher Seelenstörung Leidenden in 33,9 %, bei den Paralytikern in 30,7 %, bei den Imbezillen und Idioten in 41,1 %, bei den Epileptikern in 47,7 %, bei den Hysterischen in 81,8 %, bei den Alkoholikern in 58,4 %. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 69 (51 M. 18 Fr.) bis zu 3, bei 38 (22 M. 16 Fr.) 3—6 Monate, bei 59 (34 M. 25 Fr.) $^1/_2$—1 Jahr, bei



53 (32 M. 21 Fr.) 1—2 Jahre, bei 252 (161 M. 91 Fr.) mehr als 2 Jahre, bei 19 (8 M. 11 Fr.) unbekannt. 21,8 % aller Aufgenommenen (23,7 % M. 18,7 % Fr.) war noch nicht länger als 1/2 Jahr krank. Geheilt und gebessert 183 (129 M. 54 Fr.) = 44,7 %. Gestorben 135 (77 M. 58 Fr.), davon 50 (38 M. 12 Fr.) mit Paralyse. Tuberkulose war 20 mal (= 14,8 % aller Verstorbenen), Krebs 2 mal Todesursache. Freiluft-Dauerbäder wurden auch auf der Frauenabteilung eingeführt. Die Dauerbadeeinrichtung befindet sich hier im Garten der Unruhigen; in einer Wandelhalle ist dort auch eine Überwachungsabteilung eingerichtet. Bedeutende Erweiterung der Familienpflege in der Stadt Leipzig; am Jahresschluß waren dort in 26 Familien 61 (39 M. 22 Fr.) untergebracht; ein in der Stadt wohnender Anstaltsarzt behandelt und beaufsichtigt die Kranken. Anfangsbestand im Trinkerasyl 10 Kr.; Zu- und Abgang 19 Kr.

Im Königreich Württemberg (161) ist die Gesamtzahl der in staatlicher Fürsorge stehenden Geisteskranken im Berichtsjahr um 88 gestiegen; die Zahl der Kranken in den Staatsirrenanstalten hat sich von 2465 auf 2523, die Zahl der Staatspfleglinge in den Privatirrenanstalten von 707 auf 737 erhöht. Sämtliche Anstalten sind überfüllt, Tagräume werden mit Betten belegt. Alle diese Maßnahmen, auch die Erweiterung von Weinsberg um rund 200 Plätze genügen nicht. Dem fortwährenden Raummangel können nur entsprechende Neubauten abhelfen. 38 Kranke mußten wegen Raummangel abgewiesen werden.

Winnental: Bestand am 1. Jan. 1907: 401 (195 M. 206 Fr.). Zugang 114 (71 M. 43 Fr.). Abgang 112 (70 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 403 (196 M. 207 Fr.)

Schussenried: Anfangsbestand: 480 (256 M. 224 Fr.). Zugang 142 (86 M. 56 Fr.). Abgang 126 (71 M. 55 Fr.). Bleibt Bestand 496 (271 M. 225 Fr.).

Zwiefalten: Anfangsbestand 557 (313 M. 244 Fr.). Zugang 109 (62 M. 47 Fr.). Abgang 121 (67 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 545 (308 M. 237 Fr.).

Weißenau: Anfangsbestand 530 (273 M. 257 Fr.). Zugang 104 (68 M. 36 Fr.). Abgang 94 (55 M. 39 Fr.). Bleibt Bestand 540 (286 M. 254 Fr.).

Weinsberg: Anfangsbestand 497 (246 M. 251 Fr.). Zugang 233 (129 M. 104 Fr.). Abgang 191 (111 M. 80 Fr.). Bleibt Bestand 539 (264 M. 275 Fr.).

Gesamtzugang in den 5 Staatsirrenanstalten 702 (416 M. 286 Fr.), Gesamtabgang 644 (374 M. 270 Fr.). Vom Gesamtzugang litten 32 (23 M. 9 Fr.) an angeborener Seelenstörung, 458 (235 M. 223 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 85 (46 M. 39 Fr.) an Geistesstörung mit nachweisbarem anatomischen Befund, 38 (28 M. 10 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 42 (40 M. 2 Fr.) an Intoxikationspsychosen; zur Beobachtung kamen 47 (44 M. 3 Fr.). Die primären Demenzformen stehen mit über 1/4 aller Aufnahmen an der Spitze, das periodische und zirkuläre Irresein zeigt eine steigende Tendenz. Von den an Paralyse Erkrankten waren 73,8 % M. u. 26,2 % Fr. Vom Gesamtzugang waren 375 (197 M. 178 Fr.) sog. erste Aufnahmen; hiervon standen bei der Aufnahme 25,1 % im 1. Monat der Erkrankung, 16 % im 2.—3. Monat, 52,6 % im 1. Halbjahr, 63,8 % im 1. Jahr der Erkrankung; bei 36,2 % bestand die Erkrankung länger als 1 Jahr. Die häufigsten Erkrankungen fallen in das Alter 21—25 Jahre. Die Männer sind vor dem 25. Lebensjahr mehr gefährdet als die Frauen, zwischen 30 und 50 Jahren tritt ein Ausgleich ein, nach dem 50. Lebensjahr überwiegen die Frauen in der Häufigkeit der



Erkrankung. 13,9 % der Aufnahmen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Heredität bei 51,7 % der Erstaufnahmen, Alkoholismus in 12,8 %, Lues in 1,9 %. Trauma bei 2,7 %, Puerperium in 0,8 %. Geheilt und gebessert 59,1 % des Gesamtabgangs, ungeheilt 18,3 %, gestorben 22,5 % (4,6 % aller Verpflegten). Die Todesfälle an Tuberkulose haben etwas abgenommen. In Zwiefalten werden Wärterinnen auf der Männerabteilung mit gutem Erfolg zur Pflege ruhiger Kranken verwandt. In Winnental, Schussenried, Zwiefalten, Weißenau Familienpflege, sie hat sich meist auf demselben Stand gehalten. — Bestand in den 6 Privatanstalten des Landes am 1. Jan. 1907: 1167 (527 M. 640 Fr.), darunter 707 (331 M. 376 Fr.) Staatspfleglinge. Zugang 423 (169 M. 254 Fr.). Abgang 354 (142 M. 212 Fr.). Bleibt Bestand 1236 (554 M.682 Fr.), darunter 737 (345 M. 392 Fr.) Staatspfleglinge.

Am 1. Jan. 1908 waren in sämtlichen württembergischen Irrenanstalten 3860 Kr. untergebracht, 115 mehr als im Vorjahr. Ein in einer Irrenanstalt untergebrachter Geisteskranker kommt auf 626 Einwohner (gegen 1906: 646; 1905: 658; 1904: 684; 1903: 705; 1902: 726; 1901: 757; 1900: 787).

Emmendingen: (83) Bestand am 1. Jan. 1908: 1474 (770 M. 704 Fr.). Zugang 255 (142 M. 113 Fr.). Abgang 288 (157 M. 131 Fr.). Bleibt Bestand 1441 (755 M. 686 Fr.) bei einer normalen Belegungszahl von 950 Kr. Vom Gesamtbestand litten 1319 Kr. an einfacher Seelenstörung, 7 an Paralyse, 153 an Imbezillität, Idiotie, 203 an Seelenstörung mit Epilepsie, 10 an Hysterie, 36 an Alkoholismus, 1 an Morphinismus. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 307 (252 M. 55 Fr.). Gebessert 149. Gestorben 99 (37 M. 62 Fr.). Tuberkulose war 29 mal, Krebs 5 mal, Typhus 2 mal Todesursache. 1 Fall von Scharlach, 6 Typhusfälle. An Tuberkulose litten 16 M. 55 Fr. Die Untersuchung auf Typhus- bez. Paratyphusbazillen ergab bei 8 neueingetretenen Wärterinnen und 3 Bediensteten positiven Befund. Große Überfüllung mit ihren schweren Nachteilen besteht unverändert fort. Die Zuteilung eines eigenen Aufnahmebezirks ist noch nicht erfolgt. 32,99 % des Krankenbestandes wurden regelmäßig beschäftigt. In Familienpflege 11 (3 M. 8 Fr.). „Sabromin" wird als wertvoller Ersatz der alten Brompräparate empfohlen. Die Kost der III. Klasse ist erheblich verbessert. Gesamtausgabe 1 418 996,82 M.

Freiburg (85): Bestand am 1. Jan. 1908: 137 (63 M. 74 Fr.). Zugang 456 (264 M. 192 Fr.). Abgang 442 (249 M. 193 Fr.). Bleibt Bestand 151 (78 M. 73 Fr.) und zwar 103 (42 M. 61 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 (12 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 8 (5 M. 3 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 5 (3 M. 2 Fr.) mit Hysterie, 8 (6 M. 2 Fr.) mit anderen Krankheiten des Nervensystems, 8 (6 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Unter den Aufnahmen waren 363 erste, 93 wiederholte Aufnahmen. Geheilt und gebessert 171, in andere Anstalten 187, ungebessert 44. Gestorben 35. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 28.

In der Abteilung für Nervenkranke: Anfangsbestand 14 (10 M. 4 Fr.). Zugang 226 (138 M. 88 Fr.). Abgang 222 (140 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 18 (8 M. 10 Fr.). 135 Fälle zur Begutachtung im Unfall- und Invaliditätsverfahren. Mit dem Neubau der Abteilung für Nervenkranke ist begonnen.

Gesamtausgabe 226 888,45 M.



Heidelberg (93): Bestand am 1. Jan. 1908: 142 (75 M. 67 Fr.). Zugang 718 (408 M. 310 Fr.). Abgang 721 (405 M. 316 Fr.). Bleibt Bestand 139 (78 M. 61 Fr.). Vom Zugang litten 200 (53 M. 147 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 152 (82 M. 70 Fr.) an Dementia praecox, 70 (40 M. 30 Fr.) an Hysterie, 60 (54 M. 6 Fr.) an Psychopathie, 37 (15 M. 22 Fr.) an seniler Demenz, 13 (11 M 2 Fr.) an Arteriosklerose, 44 (34 M. 10 Fr.) an Paralyse, 52 (49 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 21 (18 M. 3 Fr.) an Idiotie, Imbezillität, 31 (23 M. 8 Fr.) an Epilepsie, 2 M. an Paranoia. Gemäß § 81 wurden 28 (26 M. 2 Fr.) begutachtet. In Unfallsachen wurden 16 Kr. der Klinik überwiesen. Geheilt und gebessert 284; ungebessert 402, davon 318 in andere Anstalten; nicht geisteskrank 2. Gestorben 33 (21 M. 12 Fr.); an Paralyse 9 (8 M. 1 Fr.), an Arteriosklerose und seniler Demenz 9 (3 M. 6 Fr.). Gesamtausgabe 2020 27,33 M.

Illenau (98): Bestand am 1. Jan. 1908: 679 (340 M. 339 Fr.). Zugang 532 (270 M. 262 Fr.), davon 364 (188 M. 176 Fr.) erste und 168 (82 M. 86 Fr.) wiederholte Aufnahmen und 5 M. nicht geisteskrank. Abgang 557 (277 M. 280 Fr.). Bleibt Bestand 654 (333 M. 321 Fr.). Vom Zugang litten 410 (174 M. 236 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 28 (25 M. 3 Fr.) an Paralyse, 14 (10 M. 4 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 11 (10 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 20 (9 M. 11 Fr.) an Hysterie, 7 (5 M. 2 Fr.) an Neurasthenie, 32 (29 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 5 (3 M. 2 Fr.) an Morphinismus. Heredität bei 336 (131 M. 205 Fr.). Alkoholmißbrauch nachgewiesen bei 111 (97 M. 14 Fr.). Zur Beobachtung kamen 16 M., wegen Entmündigung wurden begutachtet 29 (20 M. 9 Fr.), wegen Ehescheidung 2 M. Genesen und gebessert 339; ungebessert 6 (2 M. 4 Fr.); in andere Anstalten 124 (63 M. 61 Fr.). Gestorben 88 (50 M. 38 Fr.). Tuberkulose war 11 mal (4 M. 7 Fr.), Krebs 2 mal (2 Fr.), Suizid 1 mal Todesursache. Überlegung der Anstalt besonders in den Wachabteilungen für Unruhige besteht fort; Korridore und Isolierzimmer in größerer Zahl waren ständig belegt. 39,75 % des Krankenbestandes (36,03 % M. 40,49 % Fr.) wurde auf Wachabteilungen verpflegt. Regelmäßig beschäftigt waren durchschnittlich 30—40 %. Die arbeitenden Kranken erhielten neben Kostzulagen monatliche Belohnungen von 1—5 M.; im ganzen wurden 2566 M. zu diesem Zweck im Berichtsjahr verausgabt. Erhebliche Verbesserung der Bezüge von Beamten und Bediensteten durch Neuregelung des Gehaltstarifs. Verbesserung der Kost III. Klasse. Auf 3,61 Kr. trifft eine Pflegeperson (einschließlich der Privatwärter und -wärterinnen). Gesamtausgabe 801 562,89 M.

Pforzheim (124): Bestand am 1. Jan. 1908: 633 (316 M. 317 Fr.). Zugang 81 (43 M. 38 Fr.), davon 77 erste, 4 wiederholte Aufnahmen. Abgang 98 (54 M. 44 Fr.). Bleibt Bestand 616 (305 M. 311 Fr.). Vom Gesamtbestand litten 525 (233 M. 292 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 90 (62 M. 28 Fr.) an Paralyse, 17 (13 M. 4 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 76 (46 M. 30 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 3 (2 M. 1 Fr.) an Hysterie, 3 M. an anderen Krankheiten des Nervensystems. Heredität beim Zugang 31 (16 M. 15 Fr.). Genesen und gebessert 20. Gestorben 75 (37 M. 38 Fr.), davon waren 23 (16 M. 7 Fr.) paralytisch. Tuberkulose war 12 mal (6 M. 6 Fr.) Todesursache, Krebs 1 mal (1 Fr.), Erysipel 2 mal. 7 % M. u. 6 % Fr. wurde auf Wachabteilungen verpflegt. Die Überfüllung der Anstalt besteht fort; Isolierräume nachts fast regelmäßig, tagsüber vielfach be-



nutzt; mangelhafte Badeeinrichtungen. 7 Fälle von Erysipel. 3 Typhusfälle. Gesamtausgabe 375 575,50 M.

Wiesloch (159): Bestand am 1. Jan. 1908: 450 (241 M. 209 Fr.). Zugang 329 (165 M. 164 Fr.). Abgang 150 (67 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 629 (339 M. 290 Fr.). Vom Zugang litten 269 (116 M. 153 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 9 (6 M. 3 Fr.) an Paralyse, 15 (12 M. 3 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 14 (12 M. 2 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 10 (7 M. 3 Fr.) an Hysterie, 10 M. an Alkoholismus, 2 M. an anderen Krankheiten des Nervensystems. Heredität bei 101 (60 M. 41 Fr.). Alkoholmißbrauch nachgewiesen bei 67 (65 M. 2 Fr.). 27,4 % M. u. 1,37 % Fr. aller Verpflegten war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Die Hälfte der Kriminellen leidet an Dementia praecox. Genesen und gebessert 110 (47 M. 63 Fr.); ungebessert 8 (7 M. 1 Fr.), davon 5 (4 M. 1 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 32 (13 M. 19 Fr.). Tuberkulose war 11 mal Todesursache (5 M. 6 Fr.), Krebs 1 mal. Beschäftigt wurden durchschnittlich 46,3 % M. u. 37 % Fr. 27 % M. u. 30,8 % Fr. wurden auf Wachabteilungen verpflegt. Ausgiebige Badebehandlung, dabei wird 3 Stundenbädern, innerhalb 24 Std. mehrmals wiederholt, der Vorzug gegeben. Gegen das Entstehen von Badeekzemen wirkte Einpuderung nach dem Bade besser als vorheriges Einfetten. 2 neue Krankenhäuser für je 40 unruhige M. u. Fr. sind im Berichtsjahr fertiggestellt und in Betrieb genommen, sie sind bereits wie die übrigen Abteilungen überlegt. Das Verwaltungsgebäude ist jetzt vollständig fertig, das Werkstättengebäude erweitert, die hier untergebrachte Anstaltsbäckerei ebenso wie die mit modernsten Einrichtungen versehene Waschküche in Betrieb genommen; je 5 Krankenhäuser für M. u. Fr. und 2 Beamtenwohnhäuser sind im Bau. Gesamtausgabe 652 189,84 M.

Gehlsheim (90): Bestand am 1. Jan. 1908: 318 (162 M. 156 Fr.). Zugang 246 (102 M. 144 Fr.). Abgang 229 (94 M. 135 Fr.). Bleibt Bestand 335 (170 M. 165 Fr.). Vom Zugang litten 179 (70 M. 109 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 11 (7 M. 4 Fr.) an Paralyse, 15 (9 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 6 (3 M. 3 Fr.) an Idiotie und Kretinismus; nicht geisteskrank 34 (12 M. 22 Fr.), 1 M. mit Delir. potat. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 53 (20 M. 33 Fr.) bis 1 Monat, bei 43 (13 M. 30 Fr.) 2—6 Monate, bei 11 (3 M. 8 Fr.) 7—12 Monate, bei 17 (8 M. 9 Fr.) 1.—2. Jahre, bei 71 (33 M. 38 Fr.) über 2 Jahre, unbestimmt bei 16 (12 M. 4 Fr.) Heredität bei 78 (27 M. 51 Fr.). Zur Beobachtung kamen 4 M., davon 2 nicht geisteskrank. Zur Begutachtung nach Unfall kamen 7 M. Genesen und gebessert 86 (40 M. 46 Fr.); ungeheilt 71 (25 M. 46 Fr.); nicht geisteskrank 36 (12 M. 24 Fr.). Gestorben 36 (17 M. 19 Fr.). Tuberkulose war 2 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Gesamtausgabe 242 502,13 M.

Sachsenberg (136): Bestand am 1. Jan. 1908: 573 (288 M. 285 Fr.). Zugang 132 (73 M. 59 Fr.). Abgang 130 (73 M. 57 Fr.). Bleibt Bestand 575 (288 M. 287 Fr.). Vom Zugang litten 104 (53 M. 51 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 6 (3 M. 3 Fr.) an Paralyse, 16 (13 M. 3 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 6 (4 M. 2 Fr.) an Idiotie und Kretinismus. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30 (12 M. 18 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 21 (11 M. 10 Fr.) 2—6, bei 12 (3 M. 9 Fr.) 7—12 Monate, bei 10 (7 M. 3 Fr.) 1.—2. Jahre, bei 43 (27 M. 16 Fr.) über 2 Jahre, bei 16 (13 M. 3 Fr.) unbestimmt. Heredität bei 35 (21 M. 14 Fr.). Zur Beobachtung





1 M. Genesen und gebessert 58 (31 M. 27 Fr.); ungeheilt 37 (25 M. 12 Fr.); nicht geisteskrank 1 Fr. Gestorben 34 (17 M. 17 Fr.). Tuberkulose war 3 mal (2 M. 1 Fr.), Krebs bei 2 Fr. Todesursache. 1 Suizid. Gesamtausgabe 394 047,40 M.

Lewenberg (109): Bestand am 1. Okt. 1908: 192 (95 m. 97 w.). Zugang 52 (34 m. 18 w.). Abgang 21 (16 m. 5 w.). Bleibt Bestand am 30. Sept. 1909: 223 (113 m. 110 w.). Vom Zugang waren 42 besserungsfähig, 5 wenig besserungsfähig, 5 nicht besserungsfähig, nur pflegebedürftig. Bei 28 (20 m. 8 w.) war die Sprache zusammenhängend, verständlich, bei 14 (9 m. 5 w.) nicht zusammenhängend, wenig verständlich, bei 10 (5 m. 5 w.) nur in einzelnen Lauten oder überhaupt nicht vorhanden. Reinlich 36 (24 m. 12 w.), unreinlich 16 (10 m. 6 w.). Heredität bei 33 (23 m. 10 w.). Erkrankung der Mutter während der Gravidität, Beeinflussung derselben durch Schreck u. dgl. war bei 5 (1 m. 4 w.), schwere Geburt bei 6 (4 m. 2 w.), Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute, des Rückenmarks im späteren Lebensalter bei 12 (9 m. 3 w.) Krankheitsursache. 15 (9 Kn. 6 Md.) waren unehelich geboren. Die Väter von 7 (5 Kn. 2 Md.) waren Trinker. Vater oder Mutter von 3 Kn. war an Tuberkulose gestorben. Die Mehrzahl der Aufgenommenen ließ körperliche Degenerationszeichen und Stigmata oft in gehäufter Weise erkennen. Gebessert 10 (8 m. 2 w.), nicht gebessert 4 (2 m. 2 w.). Gestorben 7 (6 m. 1 w.) = 2,87 % der Verpflegten. Unterrichtet wurden 39,84 % der Verpflegten in 4 aufsteigenden Klassen und 2 Vorschulklassen. Beschäftigung im Haus-, Hof-, Garten- und landwirtschaftlichen Betrieb; daneben Handarbeitskurse, Industrieschule. 83,56 % des Bestandes am Jahresschluß stand im Alter von 3—21 Jahren, 16,44 % im Alter von 21—50 Jahren. In der Regel nicht reinlich 21,33 %. Hausepidemie von krupöser Lungenentzündung, 16 Fälle. 4 Diphtheriefälle. Pseudodysenterische Dickdarmerkrankungen. Alle Anstaltsinsassen sind auf ihre eventuelle Eigenschaft als Träger von Diphtherie-, Ruhr- und Typhusbazillen untersucht, ebenso werden seither alle neu in die Anstalt Eintretenden untersucht. Gefunden sind 3 Ruhrbazillenträger (schon lange in der Anstalt) und 2 Diphtheriebazillenträger. Bei letzteren hat örtliche Behandlung mit Omorol (Silbereiweißpräparat) gute Dienste getan. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 47,60 Pf.

Wehnen (156): Bestand am 1. April 1908: 277 (152 M. 125 Fr.). Zugang 127 (58 M. 69 Fr.). Abgang 129 (59 M. 70 Fr.). Bleibt Bestand 275 (151 M. 124 Fr.). Vom Zugang litten 49 (19 M. 30 Fr.) an Dementia praecox, 27 (5 M. 22 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 11 (9 M. 2 Fr.) an Paralyse, 10 (2 M. 8 Fr.) an senilen Formen, 6 M. an alkoholischen Geistesstörungen, 2 M. an traumatischen Psychosen, 3 (1 M. 2 Fr.) an Arteriosklerose des Gehirns, 5 (1 M. 4 Fr.) an Hysterie und Neurasthenie, 5 M. an Psychopathie, 2 M. an Imbezillität, 2 M. an Epilepsie, 2 (1 M. 1 Fr.) an akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, 1 M. an Paranoia; nicht geisteskrank waren 2 M. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 7 M.; 11 Kr. kamen zur Feststellung von Invalidität. Geheilt und gebessert 63 (24 M. 39 Fr.) = 15,5 % der Verpflegten; ungeheilt 34 (16 M. 18 Fr.); nicht geisteskrank 2 M.; gestorben 30 (17 M. 13 Fr.) = 7,4 % aller Verpflegten, darunter 12 (10 M. 2 Fr.) Paralysen. Krebs, Tuberkulose, Suizid waren je 1 mal Todesursache. Ein Krankenhaus für 32 Fr. im Bau. Das neue Waschanstaltsgebäude ist in Betrieb genommen. Die Männerabteilungen waren infolge Platzmangels nicht immer aufnahmefähig. Mangel



an geeignetem Wartpersonal. Gesamtausgabe 278 714 M. Die Verpflegung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 96 Pf.

Sigmaringen (143): Bestand am 1. April 1908: 172 (84 M. 88 Fr.). Zugang 40 (21 M. 19 Fr.). Summe der Verpflegeten 212 (105 M. 107 Fr.), davon 152 (69 M. 83 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 5 M. mit Paralyse, 24 (12 M. 12 Fr.) mit Imbezilität, Idiotie, 18 (12 M. 6 Fr.) mit Epilepsie mit Seelenstörung, 3 M. mit Epilepsie ohne Seelenstörung, 5 Fr. mit Hysterie, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 51 (27 M. 24 Fr.). Geheilt und gebessert 24 (14 M. 10 Fr.); ungeheilt 6 (5 M. 1 Fr.); gestorben 21 (8 M. 13 Fr.). In der Abteilung für körperlich Kranke sind 507 (350 M. 157 Fr.) verpflegt.

Roda (130): Bestand am 1. Jan. 1908: 396 (199 M. 197 Fr.). Zugang 138 (67 M. 71 Fr.). Abgang 139 (63 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 395 (203 M. 192 Fr.). Vom Zugang litten 93 (34 M. 59 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 19 (14 M. 5 Fr.) an Paralyse, 4 M. an Imbezillität, Idiotie, 2 M. an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 (1 M. 3 Fr.) an Hysterie, 1 Fr. an Chorea, 3 (1 M. 2 Fr.) an anderen Krankheiten des Nervensystems, 9 M. an Alkoholismus; nicht geisteskrank waren 3 (2 M. 1 Fr.). Heredität bei 63 (34 M. 29 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 23 (20 M. 3 Fr.) nachgewiesen. Geheilt und gebessert 77 (34 M. 43 Fr.); ungeheilt 25 (13 M. 12 Fr.); gestorben 37 (16 M. 21 Fr.). Tuberkulose war 5 mal (3 M. 2 Fr.), Paralyse 6 mal (4 M. 2 Fr.), Krebs 1 mal (1 Fr.), Typhus und Dysenterie je 1 mal Todesursache. In Familienpflege 28 (6 M. 22 Fr.). In der Abteilung für Körperkranke — 68 Betten — 206 (152 M. 54 Fr.).

Martinshaus zu Roda (131) ist eine Zweiganstalt des Herzoglichen Genesungshauses und untersteht der Direktion desselben sowohl in ärztlicher Beziehung wie hinsichtlich seiner Verwaltung. Bettenzahl 100. Bestand am 1. Jan. 1908: 70 (40 Kn. 30 Md.). Zugang 17 (12 Kn. 5 Md.). Abgang 7 (5 Kn. 2 Md.). Bleibt Bestand 80 (47 Kn. 33 Md.). Von den verpflegten Idioten waren behaftet mit Epilepsie 11 (7 Kn. 4 Md.), mit Chorea mit und ohne Epilepsie 13 (10 Kn. 3 Md.), mit Lähmungen der Hirnnerven 6 (1 Kn. 5 Md.), mit Lähmungen der Gliedmaßen 4 (1 Kn. 3 Md.), mit Chorea und Lähmungen 3 (2 Kn. 1 Md.). Die Schule besuchten 66 (44 Kn. 22 Md.), mit Erfolg 56 (34 Kn. 22 Md.). Heredität bei 44 (23 Kn. 21 Md.); Alkoholismus der Eltern usw. war bei 14 (6 Kn. 8 Md.), Lues bei 4 (3 Kn. 1 Md.), Tuberkulose bei 6 (4 Kn. 2 Md.) Krankheitsursache. Unehelich geboren 14 (9 Kn. 5 Md.).

Lindenhaus (110): Bestand am 1. April 1908: 327 (174 M. 153 Fr.). Zugang 148 (73 M. 75 Fr.). Abgang 103 (59 M. 44 Fr.). Bleibt Bestand 372 (188 M. 184 Fr.). Vom Zugang litten 94 (42 M. 52 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 30 (19 M. 11 Fr.) an Paralyse, 4 (2 M. 2 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 8 (3 M. 5 Fr.) an Epilepsie, 6 (2 M. 4 Fr.) an Alkoholismus, Morphinismus, 1 M. an Neurasthenie, 1 M. an anderer Krankheit des Nervensystems; nicht geisteskrank waren 4 (3 M. 1 Fr.). Von allen Verpflegten waren 105 (54 M. 51 Fr.) erblich belastet; bei 79 (53 M. 26 Fr.) war Alkoholmißbrauch nachweisbar; mit dem Strafgesetz waren 43 (30 M. 13 Fr.) in Konflikt geraten. Zur Beobachtung 4 (3 M. 1 Fr.). Genesen und gebessert 52 (34 M. 18 Fr.). Gestorben 31 (13 M. 18 Fr.). Paralyse war 10 mal, Tuberkulose 11 mal Todesursache. Heftige Influenzaepidemie. 8 schwere Diphtherie-





fälle, eingeschleppt durch eine Wärterin. Auf das häufige Vorkommen schwerer pseudoparalytischer Zustände nach chronischer Nikotinvergiftung bei Arbeitern aus den im Lande zahlreichen Zigarrenfabriken wird besonders hingewiesen, ebenso auf die Häufigkeit der Arteriosklerose; schon im Anfang des 4. Jahrzehnts wurden bei Männern und Frauen ausgeprägte arteriosklerotische Psychosen beobachtet. Die Bettruhe wird soviel wie irgendmöglich durch systematische Liegekuren unterstützt; daneben reichliche Bäderbehandlung auch des Nachts; bevorzugt werden 2—6 stündige Bäder. Rationelle Beschäftigungstherapie. Durchschnittlich beschäftigt 62 % der Verpflegten. — Ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Anstalt leitet den Bericht ein. Die Anstalt ist in großzügiger Weise modernisiert und in unmittelbare Staatsverwaltung übernommen.

Friedrichsberg (88): Bestand am 1. Jan. 1908: 1427 (730 M. 697 Fr.). Zugang 944 (553 M. 391 Fr.). Abgang 958 (570 M. 388 Fr.). Bleibt Bestand 1413 (713 M. 700 Fr.). Vom Zugang litten 592 (262 M. 330 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 156 (133 M. 23 Fr.) an Paralyse, 79 (69 M. 10 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 49 (31 M. 18 Fr.) an epileptischer Seelenstörung, 68 (58 M. 10 Fr.) an alkoholischer Seelenstörung. Heredität bei 206 (103 M. 103 Fr.). Von den Paralysen waren 17 (13 M. 4 Fr.) erblich belastet. Trunksüchtig waren 109 (90 M. 19 Fr.). Zur Beobachtung kamen 43 (41 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 371 (204 M. 167 Fr.); ungebessert 402 (248 M. 154 Fr.), davon 257 (156 M. 101 Fr.) nach Langenhorn, 77 (40 M. 37 Fr.) in andere Anstalten; gestorben 185 (118 M. 67 Fr.), davon waren 73 (69 M. 4 Fr.) paralytisch. Von den am Jahresschluß in der Anstalt befindlichen Kranken leiden 964 (399 M. 565 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 146 (115 M. 31 Fr.) an Paralyse, 99 an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus, 65 (39 M. 26 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 17 (2 M. 15 Fr.) an Hysterie, 3 M. an Neurasthenie, 4 (2 M. 2 Fr.) an Chorea, 4 M. an Tabes, 34 (16 M. 18 Fr.) an anderen Krankheiten des Nervensystems, 69 (61 M. 8 Fr.) an Alkoholismus 8 (4 M. 4 Fr.) an anderen Krankheiten.

Die Wäscherei mußte infolge intensiverer Wäscheversorgung der siechen Kranken und ausgedehnterer Liegebehandlung im Freien vergrößert werden. Die Dauerbäder sind vermehrt. Ein neuer Tiefbrunnen (240 m tief) ist erbohrt und versorgt die ganze Anstalt. Wechsel des Pflegepersonals, besonders der Männer, immer noch groß. Zur Verstärkung der Aufsicht ist ein Oberwärter für den Nachtdienst angestellt. Gesamtkosten 1 454 437 M. Totalausgabe pro Kopf und Tag des Kranken 2,84 M.

Langenhorn (107): Bestand am 1. Jan. 1908: 877 (482 M. 395 Fr.). Zugang 270 (167 M. 103 Fr.), davon aus Friedrichsberg 257 (156 M. 101 Fr.), aus den Gefängnissen in Fuhlsbüttel 6 (4 M. 2 Fr.) und 7 Untersuchungsgefangene zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. Abgang 108 (80 M. 28 Fr.), davon gestorben 44 (30 M. 14 Fr.). 2 Männer-Landhäuser und 1 Frauen-Landhaus sind neugebaut und bezogen. Ein Doppelwohnhaus für Angestellte und ein Pförtnerhaus sind mit Hülfe geeigneter Kranker zur Ausführung gebracht; die Zentralanlagen wurden entsprechend vergrößert. Vorarbeiten für die dritte Erweiterung von Langenhorn im Gange. Das gesicherte Haus ist jetzt 3 Jahre im Betrieb, ihm wurden 132 Kr. zugewiesen, davon waren 118 mit Korrektion, Haft, Gefängnis



und Zuchthaus vorbestraft; 14 Kr. kamen entweder aus dem Untersuchungsgefängnis zur Beobachtung oder auf Anordnung der Polizeibehörde, nachdem das gerichtliche Verfahren wegen vorliegender Geistesstörung eingestellt worden war. Gesamtkosten 871 751,13 M. Totalausgabe pro Kopf und Tag des Kranken 2,52 M.

Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg (64) verpflegen Schwachsinnige, Idioten und Epileptiker. Bestand am 1. Jan. 1908: 816 (470 m. 346 w.). Zugang 132 (75 m. 57 w.). Abgang 121 (68 m. 53 w.). Bleibt Bestand 827 (477 m. 350 w.). Vom Zugang litten 89 (57 m. 32 w.) an Imbezillität, Idiotie und Kretinismus, 40 (17 m. 23 w.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 1 Md. an anderer Krankheit des Nervensystems, zur Beobachtung 2 (1 m. 1 w.). Von den Aufgenommenen waren unter 16 Jahren 92 (55 m. 37 w.). Gestorben 33 (18 m. 15 w.); in Stellung gegangen 20. Ein Vortrag des Anstaltsarztes über Automatismus der Idioten beschließt den Bericht.

Ellen (81): Bestand am 1. Jan. 1908: 448 (226 M. 222 Fr.). Zugang 496 (314 M. 182 Fr.). Abgang 441 (266 M. 175 Fr.). Bleibt Bestand 503 (274 M. 229 Fr.). Beim Zu- und Abgang sind die Rückversetzungen aus der Familienpflege und die Entlassungen in diese mitgezählt, ohne das Zugang 419, Abgang 365. — Vom Gesamtzugang litten 147 (81 M. 66 Fr.) an Dementia praecox, 33 (15 M. 18 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 36 (15 M. 21 Fr.) an Hysterie, 45 (35 M. 10 Fr.) an Paralyse (darunter 2 infantile Paralysen), 20 (19 M. 1 Fr.) an Psychopathie, 22 (18 M. 4 Fr.) an Epilepsie, 18 (9 M. 9 Fr.) an Paranoia, 9 (1 M. 8 Fr.) an Melancholie des Rückbildungsalters, 74 (68 M. 6 Fr.) an alkoholischen Seelenstörungen, 37 (18 M. 19 Fr.) an Dementia senilis, 2 M. an Psychose nach commotio cerebri, 5 M. an Lues cerebri. Geheilt und gebessert 208 (127 M. 81 Fr.); ungeheilt 163 (97 M. 66 Fr.); gestorben 70 (42 M. 28 Fr.). Tuberkulose war 17 mal (9 M. 8 Fr.) Todesursache.

Bestand der mit der Anstalt verbundenen Familienpflege am 1. Jan. 1908: 163 (87 M. 76 Fr.). Zugang 89 (51 M. 38 Fr.). Abgang 99 (63 M. 36 Fr.). Bleibt Bestand 153 (75 M. 78 Fr.). Unter den Familienpfleglingen 48 (31 M. 17 Fr.) mit Dementia praecox, 6 mit Dementia senilis, 6 mit Imbezillität, 2 mit Melancholie, 3 mit Paralyse, 4 mit Hysterie. Von den 99 Entlassenen wurden 77 (43 M. 34 Fr.) in die Anstalt zurückverlegt. — In Haus, Garten, Landwirtschaft und Werkstellen wurden regelmäßig beschäftigt 44,7 % M. u. 46,5 % Fr. des Durchschnittsbestandes. Die Überfüllung der Anstalt besteht fort. Das Verwahrungshaus und eine offene Villa für Frauen sind im Rohbau fertig; mit dem Bau der projektierten Pflegehäuser ist noch nicht begonnen. Ärztemangel.

Rockwinkel (129): Bestand am 1. Jan. 1908: 13 (7 M. 6 Fr.). Zugang 11 (5 M. 6 Fr.). Abgang 10 (6 M. 4 Fr.). Bleibt Bestand 14 (6 M. 8 Fr.). Vom Zugang litten 8 (2 M. 6 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 2 M. an Epilepsie mit Seelenstörung, 1 M. an Paralyse. Heredität bei Bestand und Zugang bei 15 (7 M. 8 Fr.). Geheilt 1 Fr.; gebessert 3 M., ungeheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gestorben 1 M. In Familienpflege 1 Fr.

Lübeck (111): Der Bericht umfaßt 5 Jahre: 1. April 1904 bis 31. März 1909. Krankenbestand zu Beginn der Berichtsjahre: 191 (101 M. 90 Fr.). Zugang 387 (187 M. 200 Fr.). Abgang 339 (174 M. 165 Fr.). Bleibt Bestand am 31. März 1909:



239 (114 M. 125 Fr.). Vom Zugang litten 285 (124 M. 161 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 49 (36 M. 13 Fr.) an Paralyse, 11 (6 M. 5 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 29 (9 M. 20 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 6 M. an Delir. pot.; nicht geisteskrank waren 7 (6 M. 1 Fr.). Heredität bei 151 (70 M. 81 Fr.) = 37,99 %. Vom Anfangsbestand waren erblich belastet 63,35 %, von den mit einfacher Seelenstörung Neuaufgenommenen 82,12 % (80 % M. 83, 5 % Fr.). Geheilt und gebessert 139 (56 M. 83 Fr.), ungeheilt 98 (50 M. 48 Fr.); nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.); gestorben 95 (62 M. 33 Fr.). Heilung erfolgte nach einem Anstaltsaufenthalt bis 1 Monat bei 10,93 %, von 1—3 Monaten bei 32,81 %, von 4—6 Monaten bei 20,30 %, von 7—9 Monaten bei 21,87 %, bis 1 Jahr und länger bei 14,09 %. Tuberkulose war in 18,94 % der Todesfälle Todesursache. Bei den beschränkten Raumverhältnissen in der Anstalt war die Abtrennung der Tuberkulösen nur selten durchführbar. Ausgedehnte Dauerbadbehandlung auch des Nachts. Freiluftbehandlung weiter ausgedehnt, auch bei erregten Kranken. Keine Isolierungen, dagegen häufige Separierungen. Mit dem Bau der neuen Anstalt in Strecknitz im März 1909 begonnen. In der alten Anstalt mußten der zunehmenden Überfüllung wegen Erweiterungsbauten ausgeführt werden. 2 Döckersche Baracken wurden aufgestellt; sie sind mit Zentralheizung und Dauerbadeinrichtung versehen und dienen als Wachabteilungen für ruhige Kranke. Die Stelle des leitenden Arztes ist in ein festes Amt mit Ruhegehaltsberechtigung und Hinterbliebenenversorgung umgewandelt, ebenso die Stelle des zweiten Arztes. Die Löhne für das Pflegepersonal sind verbessert; die Pfleger beginnen mit 450 und steigen zunächst alljährlich um 50 M., vom 5. Dienstjahr um 100 M. bis zum Höchstgehalt von 900 M., die Pflegerinnen fangen mit 350 M. an, steigen bis zum 4. Dienstjahr jedes Jahr um 50, dann zweimal um 100 M. bis zum Höchstgehalt von 700 M. Der Ehemann einer an Melancholie erkrankten Frau besuchte diese mit seiner 8jährigen Tochter und versuchte hierbei Frau, Tochter und sich selbst zu erschießen. Mann und Frau wurden leicht, das Kind schwer verletzt.

S t e p h a n s f e l d - H ö r d t (146): Bestand am 1. April 1908: 1616 (738 M. 878 Fr.). Zugang 444 (230 M. 214 Fr.). Abgang 668 (329 M. 339 Fr.). Bleibt Bestand 1392 (639 M. 753 Fr.). Vom Zugang litten 280 (126 M. 154 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 43 (27 M. 16 Fr.) an Paralyse, 21 (6 M. 15 Fr.) an sonstigen organischen Psychosen, 30 (16 M. 14 Fr.) an Seelenstörung bei Epilepsie und Hysterie, 32 (24 M. 8 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 31 (26 M. 5 Fr.) an Alkoholismus; nicht geisteskrank waren 7 (5 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung kamen 7 Kr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 56 (18 M. 38 Fr.) bis 1 Monat, bei 52 (28 M. 24 Fr.) 1—3 Monate, bei 66 (34 M. 32 Fr.) 3—6 Monate, bei 63 (25 M. 38 Fr.) 6—12 Monate, bei 31 (17 M. 14 Fr.) 1—2 Jahre, bei 144 (89 M. 55 Fr.) über 2 Jahre, bei 25 (14 M. 11 Fr.) unbekannt. 9,7 % der Aufnahmen (11,6 % M. 7,5 % Fr.) litt an Paralyse; 79 % derselben befand sich im 4. u. 5. Jahrzehnt; etwas über ½ der aufgenommenen Paralysen war nachweisbar luetisch gewesen. Heredität bei 33 % M. u. 30,9 % Fr. Alkoholmißbrauch bei 31,6 % M. u. 6,2 % Fr. aus Oberelsaß und 23,1 % M. u. 4,3 % Fr. aus Unterelsaß. Genesen und gebessert 195 (100 M. 95 Fr.) = 44 % aller Aufnahmen; ungeheilt in die Familie 30 (16 M. 14 Fr.), in andere Anstalten 296 (143 M. 153 Fr.); nach Ablauf der Beobachtung und nicht geisteskrank 10



(9 M. 1 Fr.); gestorben 137 (61 M. 76 Fr.) = 6,7 % der Verpflegten. Karzinom war 4 mal, Tuberkulose 35 mal (19 M. 16 Fr.), Suizid 1 mal Todesursache. 24 % aller Todesfälle Tuberkulose. In Familienpflege 10—12 Kr. Keine Epidemien, kein Typhus. Bazillenträger dauernd isoliert. Entlastung der überfüllten Anstalt durch Eröffnung der neuen oberelsässischen Heil- und Pflege-Anstalt in Rufach. Gesamtausgabe 895 794,73 M. Überschuß 14 878,84 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,7278 M.

Saargemünd (134): Bestand am 1. Jan. 1908: 604 (314 M. 290 Fr.). Zugang 219 (121 M. 98 Fr.). Abgang 196 (114 M. 82 Fr.). Bleibt Bestand 627 (321 M. 306 Fr.). Vom Zugang litten 131 (58 M. 73 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 37 (24 M. 13 Fr.) an Paralyse, 22 (17 M. 5 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 15 (9 M. 6 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 8 (7 M. 1 Fr.) an alkoholischer Seelenstörung; nicht geisteskrank waren 6 M. Zur Beobachtung kamen 13 Kr. Heredität bei 89 (42 M. = 34,7 % u. 47 Fr. = 47,9 %). Alkoholmißbrauch bei 32 (26 M. 6 Fr.); bei 14 (10 M. 4 Fr.) Paralysen = 53,7 % war luetische Infektion nachweisbar. Genesen und gebessert 115 (68 M. 47 Fr.); ungeheilt nach Hause 19 (11 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 14 (9 M. 5 Fr.); gestorben 48 (26 M. 22 Fr.) = 7,6 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 9 mal Todesursache = 18,7 % der Gesamtsterblichkeit. 1 Suizid. 2 eingeschleppte Typhusfälle. 9 Bazillenträger sind isoliert. 61,58 % des täglichen Durchschnitts der Normalkranken waren regelmäßig beschäftigt. Überfüllung mit unruhigen und unreinlichen Kranken. Gesamtausgabe 426 664,23 M.

Niedernhart (120): Bestand am 1. Jan. 1908: 738 (361 M. 377 Fr.). Zugang 400 (194 M. 206 Fr.). Abgang 410 (208 M. 202 Fr.). Bleibt Bestand 728 (347 M. 381 Fr.). Vom Zugang litten 38 (21 M. 17 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 59 (38 M. 21 Fr.) an Paralyse, 22 (19 M. 3 Fr.) an epileptischer, 23 (1 M. 22 Fr.) an hysterischer, 7 (6 M. 1 Fr.) an neurasthenischer Seelenstörung, 25 (24 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 12 (5 M. 7 Fr.) an Geistesstörung mit Herderkrankung; 3 (1 M. 2 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 145 (59 M. 86 Fr.). Alkoholismus war 45 mal (41 M. 4 Fr.), Wochenbett und Klimakterium 35 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 43 (18 M. 25 Fr.) bis 1 Monat, bei 23 (8 M. 15 Fr.) bis 2, bei 38 (18 M. 20 Fr.) bis 3, bei 40 (14 M. 26 Fr.) bis 6 Monate, bei 50 (23 M. 27 Fr.) bis 1 Jahr, bei 36 (19 M. 17 Fr.) bis 2 Jahre, bei 167 (93 M. 74 Fr.) mehr als 2 Jahre. Geheilt 51 (21 M. 30 Fr.); in andre Anstalten 26 (14 M. 12 Fr.); sonstiger Abgang 215 (99 M. 116 Fr.). Gestorben 118 (74 M. 44 Fr.). Paralyse war 45 mal (34 M. 11 Fr.), Tuberkulose 14 mal (8 M. 6 Fr.), Krebs 1 mal Todesursache. Ein kasuistischer Beitrag zur Kriminalität der Hebephrenie von Dr. *Ganhör* beschließt den Bericht.

Salzburg (137): Der Bericht umfaßt die Jahre 1898—1908. Die Anstalt besteht 10 Jahre, ist 1896—98 neugebaut, 1905 erweitert. Pavillonsystem, kolonialer Betrieb, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung. Grundbesitz 47 Hektar. 400 Betten; außerdem im sog. „Leprosenhaus" 50 Betten für senile und epileptische Kranke, in der „alten Anstalt" 50 Betten für Sieche. Zugang im Laufe der Berichtsjahre 1561 (743 M. 818 Fr.), darunter 75 (46 M. 29 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 154 (122 M. 32 Fr.) mit Paralyse, 106 (92 M. 14 Fr.) mit Alkoholismus,



359 (117 M. 242 Fr.) mit periodischen Psychosen. Die Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins überwiegen bei den Frauen erheblich; groß ist hierbei die Zahl der im Laufe der Berichtsjahre in Verblödung übergegangenen Fälle. Die Paralyse hat bis zu 14 % der Aufnahmeziffer zugenommen; in mehreren Fällen war Paralyse in mehreren Zweigen derselben Familie und in einigen Generationen nachweisbar. Die Zahl der Kranken, welche in den ersten 14 Tagen ihrer Erkrankung zur Aufnahme kamen, ist von 10 auf 27 % gestiegen, die Zahl der Aufnahmen mit einer Krankheitsdauer von über 2 Jahren von 50 auf 26 % gefallen. $^2/_3$ des Krankenbestandes unruhig; 10 % M. kriminell; durchschnittlich beschäftigt 50—70 %. Ausgedehnte Dauerbadbehandlung. Auf der Frauenabteilung besorgen „Schwestern" die ganze Krankenpflege, ebenso im Männerlazarett. Den Oberpflegerdienst auf der Männerabteilung versehen „Oberschwestern". Besonders hervorgehoben wird der Vorteil kleinerer Abteilungen; in den großen Abteilungen findet auch eine größere Abnutzung des Personals statt.

Feldhof (84): Bestand am 1. Jan. 1908: 1561 (757 M. 804 Fr.); hiervon in der Zentrale Feldhof 1212 (553 M. 659 Fr.), in den Filialen Lankowitz 139 Fr., Kainbach 198 M.; Hartberg 12 (6 M. 6 Fr.). Zugang 747 (381 M. 366 Fr.). Abgang 778 (386 M. 392 Fr.). Bleibt Bestand 1530 (752 M. 778 Fr.) und zwar in Feldhof 1177 (548 M. 629 Fr.), in Lankowitz 145 Fr., in Kainbach 199 M., in Hartberg 9 (5 M. 4 Fr.). Vom Zugang litten 60 (29 M. 31 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 102 (70 M. 32 Fr.) an Paralyse, 38 (23 M. 15 Fr.) an epileptischer, 28 (1 M. 27 Fr.) an hysterischer, 11 (6 M. 5 Fr.) an neurasthenischer Seelenstörung, 37 (25 M. 12 Fr.) an Alkoholismus; zur Beobachtung 4 M. — Geheilt 97 (40 M. 57 Fr.); in andere Anstalten 81 (40 M. 41 Fr.); sonstiger Abgang 295 (148 M. 147 Fr.). Gestorben 305 (158 M. 147 Fr.) = 13,22 %. Tuberkulose war 51 mal (19 M. 32 Fr.), Krebs 4 mal (3 M. 1 Fr.) Todesursache. 25 Fälle von Erysipel, 2 Typhusfälle, 11 Fälle von Trachom. Isolierhaus seit 1903.

In der Landessiechenanstalt Schwanberg — 200 Betten — wurden 237 (118 M. 119 Fr.) verpflegt. Abgang 31 (13 M. 18 Fr.), davon gestorben 21 (5 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 206 (105 M. 101 Fr.).

Die Privatheilanstalt Schweizerhof bei Graz (140) ist von ihrem jetzigen Besitzer, früheren Primarius in Feldhof 1902 gegründet. Die Anstalt ist im Pavillonsystem gebaut, hat geschlossene und offene Abteilungen mit modernen Einrichtungen. Beschränkungsmittel nur aus rein therapeutischen Gründen. Zugang seit Eröffnung 319 (177 M. 142 Fr.), darunter 52 (25 M. 27 Fr.) mit Nervenkrankheiten, 10 (8 M. 2 Fr.) mit Imbezillität, 40 (39 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 27 (22 M. 5 Fr.) mit Intoxikationspsychosen, 45 (40 M. 5 Fr.) mit neurasthenischer, 50 (2 M. 48 Fr.) mit hysterischer, 10 (4 M. 6 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 85(36 M. 49 Fr.) mit einfachen Seelenstörungen. Abgang 289 (162 M. 127 Fr.). Geheilt 146 (78 M. 68 Fr.); gebessert 91 (45 M. 46 Fr.); ungeheilt 32 (24 M. 8 Fr.), gestorben 20 (15 M. 5 Fr.).

Valduna (153): Der Bericht umfaßt 5 Jahre. Bestand am 1. Jan. 1904: 147 (72 M. 75 Fr.). Zugang in den 5 Berichtsjahren 376 (166 M. 210 Fr.). Abgang 353 (156 M. 197 Fr.). Bleibt Bestand 170 (82 M. 88 Fr.). Vom Zugang litten 20 (10 M. 10 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 26 (15 M. 11 Fr.) an Paralyse, 51 (47 M.



4 Fr.) an Alkoholismus, 16 (11 M. 5 Fr.) an epileptischer, 18 (1 M. 17 Fr.) an hysterischer, 6 (1 M. 5 Fr.) an neurasthenischer Geistesstörung, 229 (60 M. 169 Fr.) an einfachen Seelenstörungen, darunter 107 (14 M. 93 Fr.) mit periodischer Geistesstörung. Heredität bei 118 (43 M. 75 Fr.). Alkoholmißbrauch war 51 mal (48 M. 3 Fr.), Trauma 3 mal (1 M. 2 Fr.), Lues 11 mal (5 M. 6 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt 72 (35 M. 37 Fr.). Gestorben 66 (32 M. 34 Fr.). Tuberkulose war 18 mal Todesursache. Gründliche Modernisierung der alten Anstalt hat begonnen.

Brünn (70): Bestand am 1. Jan. 1908: 766 (431 M. 335 Fr.). Zugang 468 (258 M. 210 Fr.). Abgang 479 (267 M. 212 Fr.). Bleibt Bestand 755 (422 M. 333 Fr.). Vom Zugang litten 98 (73 M. 25 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 88 (84 M. 4 Fr.) an Alkoholismus, 106 (91 M. 15 Fr.) an Paralyse, 119 (90 M. 29 Fr.) an epileptischer, 11 (2 M. 9 Fr.) an hysterischer, 5 (4 M. 1 Fr.) an neurasthenischer Geistesstörung. Geheilt und gebessert 165 (94 M. 71 Fr.); in andere Anstalten 92 (47 M. 45 Fr.), sonstiger Abgang 201 (121 M. 80 Fr.). Gestorben 138 (83 M. 55 Fr.) = 11,18 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 25 mal (9 M. 16 Fr.) Todesursache. Dauernde Überfüllung; Normalbelag 587 Kr. Ausgestaltung der Filiale Iglau zu einer selbständigen Anstalt mit 5—600 Betten in Aussicht genommen.

Kremsier (103): Um die überfüllten Landesanstalten Brünn und Sternberg zu entlasten, wurde mit der Belegung von Kremsier schon am 18. Aug. 1906 begonnen; nach Fertigstellung weiterer Gebäude folgten neue Transporte. Direkte Aufnahmen seit 1. Dez. 1907. Bestand am 1. Jan. 1908: 217 (113 M. 104 Fr.). Zugang 802 (482 M. 320 Fr.), davon aus anderen Anstalten 435 (270 M. 165 Fr.). Abgang 212 (136 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 807 (459 M. 348 Fr.), der sich bei den Männern auf 9, bei den Frauen auf 6 Pavillons und das für beide Geschlechter eingerichtete Lazarett verteilt. Auf beiden Männerabteilungen des Lazaretts tun je 3 Pflegerinnen Dienst. Geheilt 80 (55 M. 25 Fr.) = 7,85 % des Gesamtbestandes. Gestorben 70 (48 M. 22 Fr.) = 6,86 %. Ausnahmsweise Isolierung für einige Stunden. Zwangsjacke 2 mal zum Schutz der Verbände nach chirurgischen Operationen. Beschränkung durch Handschuhe für einige Tage bei 1 M. u. 2 Fr. Ausgiebige hydrotherapeutische Behandlung. Regelmäßig beschäftigt 31,6 % M. u. 26,04 % Fr. Tuberkulose war 13 mal, Krebs 1 mal Todesursache. 1 Suizid.

In Ungarn (152) hat die Weiterentwicklung der Familienpflege eine größere Aufnahme von bisher unversorgten Geisteskranken ermöglicht. Die alten Anstalten werden vergrößert; der Bau einer neuen Staatsanstalt ist in Angriff genommen. Bestand in den 4 Staatsanstalten am 1. Jan. 1908: 2316 (1355 M. 961 Fr.). Zugang 1417 (900 M. 517 Fr.). Abgang 1541 (917 M. 624 Fr.). Bleibt Bestand 2192 (1338 M. 854 Fr.) = 124 weniger als am Jahresanfang, ein Teil der Kranken war in familiale Pflege gegeben. Vom Zugang litten 356 (295 M. 61 Fr.) an Paralyse, 146 (135 M. 11 Fr.) an Alkoholismus. Geheilt 249 (167 M. 82 Fr.); gebessert 408 (235 M. 173 Fr.); ungeheilt 424 (185 M. 239 Fr.); nicht geisteskrank 18 (8 M. 10 Fr.); gestorben 442 (322 M. 120 Fr.). Bis Ende 1908 wurden in sämtlichen Instituten Ungarns 8497 Geisteskranke verpflegt, am Anfang des Jahres 7944. Die Zahl der Geisteskranken in Anstaltspflege ist um 553 gewachsen.

Burghölzli (73): Bestand am 1. Jan. 1908: 410 (189 M. 221 Fr.). Zugang 304 (166 M. 138 Fr.). Abgang 317 (173 M. 144 Fr.). Bleibt Bestand 397



(182 M. 215 Fr.). Vom Zugang waren sog. frische Aufnahmen 250 (137 M. 113 Fr.), davon litten 8 (6 M. 2 Fr.) an angeborenen Psychosen, 15 (8 M. 7 Fr.) an konstitutionellen, 130 (49 M. 81 Fr.) an erworbenen idiopathischen Psychosen — 10 (3 M. 7 Fr.) an manisch-depressiven Formen, 119 (46 M. 73 Fr.) an den verschiedenen Formen der Dementia praecox — 42 (26 M. 16 Fr.) an organischen Störungen, 5 (4 M. 1 Fr.) an Epilepsie, 45 (41 M. 4 Fr.) an vorwiegend alkoholischen Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 Fr.), davon 4 Kr. zur Beobachtung. Geheilt und gebessert 134 (75 M. 59 Fr.), ungebessert 131 (70 M. 61 Fr.), gestorben 47 (25 M. 22 Fr.). Tuberkulose war 8 mal (4 M. 4 Fr.), Krebs 2 mal (1 M. 1 Fr.) Todesursache. Krankenbehandlung durch Überfüllung und Umbauten in Höfen und Abteilungen sehr erschwert. „Bettgurt" bei 2 M. u. 7 Fr. wegen Selbstbeschädigung und Aggressivität. Regelmäßig beschäftigt 75,8 % M. u. 86,5 % Fr.

Waldau (154): Bestand am 1. Jan 1908: 623 (300 M. 323 Fr.). Zugang 127 (61 M. 66 Fr.). Abgang 111 (48 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 639 (313 M. 326 Fr.). Vom Zugang litten 8 (5 M. 3 Fr.) an angeborenen, 6 (2 M 4 Fr.) an konstitutionellen, 86 (36 M. 50 Fr.) an erworbenen einfachen, 13 (8 M. 5 Fr.) an paralytischen, senilen, organischen Störungen, 4 (2 M. 2 Fr.) an Epilepsie, 7 (6 M. 1 Fr.) an Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 11 (10 M. 1 Fr.). Heredität bei 67,92 % M. u. 70,59 % Fr. Genesen und gebessert 56 (21 M. 35 Fr.), ungebessert 24 (14 M. 10 Fr.). Gestorben 29 (11 M. 18 Fr.) = 3,87 % des Gesamtbestandes. Tuberkulose war 5 mal (1 M. 4 Fr.), Krebs bei 2 Fr. Todesursache. 36 Entweichungen. Eröffnung der neuen Wachabteilungen für Unruhige. Weitere Um- und Neubauten sind in Aussicht genommen. 82 Aufnahmeanträge wurden abgewiesen, 68 waren am Jahresschluß noch unerledigt.

Münsingen (154): Bestand am 1. Jan. 1908: 784 (371 M. 413 Fr.). Zugang 170 (80 M. 90 Fr.). Abgang 179 (84 M. 95 Fr.). Bleibt Bestand 775 (367 M. 408 Fr.). In Familienpflege 34 (11 M. 23 Fr.). Vom Zugang litten 3 (1 M. 2 Fr.) an angeborenen, 54 (30 M. 24 Fr.) an konstitutionellen, 77 (26 M. 51 Fr.) an erworbenen einfachen, 23 (11 M. 12 Fr.) an organischen, 8 (5 M. 3 Fr.) an epileptischen Störungen, 6 (5 M. 1 Fr.) an chronischem Alkoholismus; 15 (11 M. 4 Fr.) nicht geisteskrank. Zur Beobachtung 16 Kr. Heredität bei 50 % M. u. 46,7 % Fr. Geheilt und gebessert 88 (29 M. 59 Fr.), ungebessert 28 (17 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 13 (11 M. 2 Fr.). Gestorben 50 (27 M. 23 Fr.) = 5,2 % der Verpflegten. Tuberkulose war 7 mal (3 M. 4 Fr.), Krebs bei 1 M., Typhus 3 mal (2 M. 1 Fr.) Todesursache. 7 Typhusfälle; Infektionsquelle unbekannt, bakteriologische Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. 20 Entweichungen. Ein Paralytiker in der Badewanne ertrunken; der Wärter hatte bei der Wache gelesen. 99 Aufnahmeanträge blieben unerledigt. In Familienpflege am Jahresschluß 34 (11 M. 23 Fr.).

Bellelay (154): Bestand am 1. Jan. 1908: 315 (138 M. 177 Fr.). Zugang 35 (12 M. 23 Fr.). Abgang 26 (10 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 324 (140 M. 184 Fr.). Vom Zugang litten 8 (5 M. 3 Fr.) an angeborenen, 14 (4 M. 10 Fr.) an konstitutionellen, 5 Fr. an erworbenen einfachen, 4 Fr. an organischen Störungen, 3 (2 M. 1 Fr.) an chronischem Alkoholismus, 1 M. an Epilepsie. Zur Beobachtung 7 Fälle. Geheilt und gebessert 4 (1 M. 3 Fr.); ungebessert 7 (4 M. 3 Fr.). Gestorben 15 (5 M. 10 Fr.) = 4,2 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 4 mal (2 M. 2 Fr.)



Todesursache. Großer Platzmangel. Einbau von 2 Wachstationen in die Kirche projektiert. Platzfrage für die neue 4. bernische kantonale Irrenanstalt noch nicht endgültig entschieden.

Rosegg (132): Bestand am 1. Jan. 1908: 329 (179 M. 150 Fr.). Zugang 74 (42 M. 32 Fr.). Abgang 67 (36 M. 31 Fr.). Bleibt Bestand 336 (185 M. 151 Fr.). Vom Zugang litten 4 (1 M. 3 Fr.) an angeborener, 33 (17 M. 16 Fr.) an erworbenen, einfachen, 6 (2 M. 4 Fr.) an konstitutionellen, 8 (6 M. 2 Fr.) an epileptischen, 11 (5 M. 6 Fr.) an organischen, senilen Geistesstörungen, 12 (11 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Heredität bei 43 (24 M. 19 Fr.) von 58 (34 M. 24 Fr.) Erstaufnahmen = 74,1 % (70,5 % M. 79,1 % Fr.). Krankheitsdauer derselben vor der Aufnahme bei 11 (9 M. 2 Fr.) bis 4 Wochen, bei 8 (3 M. 5 Fr.) 2—3, bei 4 (3 M. 1 Fr.) 4—6, bei 4 (2 M. 2 Fr.) 7—12, bei 8 (3 M. 5 Fr.) 1—2, bei 5 (3 M. 2 Fr.) 3—5 Jahre, bei 18 (11 M. 7 Fr.) über 5 Jahre. Geheilt und gebessert 29 (16 M. 13 Fr.); ungeheilt 8 (6 M. 2 Fr.). Gestorben 30 (14 M. 16 Fr.). Tuberkulose war 3 mal (2 M. 1 Fr.), Krebs bei 1 Fr. Todesursache. Zur Beobachtung 17 (14 M. 3 Fr.). Regelmäßig beschäftigt 70,1 % M. u. 62,9 % Fr.

Friedmatt (87): Bestand am 1. Jan. 1908: 283 (137 M. 146 Fr.). Zugang 232 (131 M. 101 Fr.). Abgang 221 (123 M. 98 Fr.). Bleibt Bestand 294 (145 M. 149 Fr.). Vom Zugang waren frische Aufnahmen 163 (98 M. 65 Fr.). An Imbezillität und Idiotie haben gelitten 16 (11 M. 5 Fr.), an einfachen Formen 91 (29 M. 62 Fr.), an konstitutionellen Formen 11 (7 M. 4 Fr.), an Epilepsie 4 (2 M. 2 Fr.), an Hysterie 3 (1 M. 2 Fr.), an Paralyse 19 (18 M. 1 Fr.), an senilen Formen 20 (6 M. 14 Fr.), an Alkoholismus 51 (44 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 8 (6 M. 2 Fr.). Heredität bei 79 (42 M. 37 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 52 (30 M. 22 Fr.) bis 1 Monat, bei 11 (1 M. 10 Fr.) 2—3, bei 11 (5 M. 6 Fr.) 4—6, bei 4 (1 M. 3 Fr.) 7—12 Monate, bei 20 (15 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 9 (6 M. 3 Fr.) 3—5 Jahre, bei 16 (9 M. 7 Fr.) über 5 Jahre, bei 47 (31 M. 16 Fr.) unbekannt. Geheilt und gebessert 108 (54 M. 54 Fr.); ungebessert 77 (45 M. 32 Fr.), nicht geisteskrank 8 (6 M. 2 Fr.). Gestorben 28 (17 M. 11 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bei 27 (17 M. 10 Fr.) bis 1 Monat, bei 7 (4 M. 3 Fr.) 2—6, bei 5 (3 M. 2 Fr.) 7—12 Monate, bei 2 M. über 2 Jahre. Tuberkulose war 3 mal (2 M. 1 Fr.) Todesursache. Bau eines neuen Pavillons in Aussicht genommen.

Sonnenhalde (145): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres 30 Fr. Zugang 90 Fr., davon 66 Erstaufnahmen. Abgang 87 Fr. Genesen 22 Fr. = 18 % der Verpflegten und 25 % aller Entlassenen. Gebessert 39 Fr.; ungebessert 23 Fr.; gestorben 3 Fr. Suizid 1 mal Todesursache. Behandlungsdauer der Genesenen schwankt zwischen 21 und 507 Tagen. Bestand am Jahresschluß 36 Fr.

Wil (160): Bestand am 1. Jan. 1910: 799 (395 M. 404 Fr.). Zugang 393 (219 M. 174 Fr.), davon 341 (196 M. 145 Fr.) Geisteskranke und 52 (23 M. 29 Fr. Körperkranke. Frische Aufnahmen = 268 (157 M. 111 Fr.). Abgang 436 (239 M. 197 Fr.). Bleibt Bestand 756 (375 M. 381 Fr.). Von den frischen Aufnahmen litten 23 (15 M. 8 Fr.) an angeborenen Psychosen, 18 (11 M. 7 Fr.) an konstitutionellen Störungen, 121 (55 M. 66 Fr.) an erworbenen, idiopathischen Psychosen, 59 (38 M. 21 Fr.) an organischen Psychosen, 13 (8 M. 5 Fr.) an epileptischen, 34 (30 M. 4 Fr.) an Intoxikationspsychosen. Heredität bei 61 % M. u. 75 % Fr.



Alkoholismus war bei 56 (49 M. 7 Fr.) Krankheitsursache, Lues bei 12 (9 M. 3 Fr.), Kopftrauma bei 3 M., Unfall bei 3 M., Klimakterium bei 1 Fr., Puerperium bei 3 Fr. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 184 (93 M. 91 Fr.); ungebessert 115 (70 M. 45 Fr.), davon 40 M. u. 25 Fr. in andere Anstalten. Gestorben 137 (76 M. 61 Fr.) = 11 % aller Verpflegten; von den Geisteskranken starben 97 (58 M. 39 Fr.) = 10 % des Gesamtbestandes, hiervon fallen 63 (34 M. 29 Fr.) auf die organische Gruppe. 4 Suizide. Zur Beobachtung kamen 8 Kr. 17 % der aufgenommenen Männer waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten; es waren 32 schon bei Begehung der Tat geisteskrank, 2 noch nicht. Bei den Männern regelmäßig beschäftigt 87 % des Bestandes, durchschnittlich zu Bett 7,2 %, durchschnittlich isoliert 1,7 %; bei den Frauen: 75 %, 7,7 %, 1,2 %. Im Dauerbad durchschnittlich 3,4 % M., 4,7 % Fr. 16 Entweichungen (7 M. 9 Fr.). Eröffnung der neuen Anstalt in Herisau verbesserte die Platzverhältnisse und erleichterte den Krankendienst.

Münsterlingen (116): Bestand am 1. Jan. 1908: 393 (160 M. 233 Fr.). Zugang 165 (75 M. 90 Fr.). Abgang 158 (71 M. 87 Fr.). Bleibt Bestand 400 (164 M. 236 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 10 (6 M, 4 Fr.), an konstitutionellen Störungen 15 (7 M. 8 Fr.), an erworbenen Psychosen 101 (37 M. 64 Fr.), — an manisch-depressivem Irresein 24 (6 M. 18 Fr.), an Dementia praecox 60 (27 M. 33 Fr.) —, an organischen Psychosen 19 (11 M. 8 Fr.), an Epilepsie 9 (5 M. 4 Fr.), an Intoxikationspsychosen 9 M., nicht geisteskrank 2 Fr. Geheilt und gebessert 94 (42 M. 52 Fr.); ungebessert 38 (20 M. 18 Fr.). Gestorben 24 (9 M. 15 Fr.) = 4,3 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 5 mal Todesursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Geheilten, Gebesserten und ungebessert Entlassenen: bei 53 (22 M. 31 Fr.) bis 3 Monate, bei 11 (4 M. 7 Fr.) bis 6 Monate, bei 11 (5 M. 6 Fr.) bis 1 Jahr, bei 7 (3 M. 4 Fr.) bis 2, bei 3 (2 M. 1 Fr.) bis 3, bei 6 (4 M. 2 Fr.) bis 4, bei 30 (14 M. 16 Fr.) über 5 Jahre. Behandlungsdauer derselben Kranken in der Anstalt: bei 58 (33 M. 25 Fr.) bis zu 3, bei 32 (12 M. 20 Fr.) bis zu 6, bei 16 (6 M. 10 Fr.) bis zu 12 Monaten, bei 13 (5 M. 8 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 5 (2 M. 3 Fr.) bis zu 3, bei 3 (2 M. 1 Fr.) bis zu 4, bei den übrigen Entlassenen über 4 Jahre. Alle Geheilten haben die Anstalt innerhalb eines Jahres, ihr größter Teil innerhalb dreier Monate wieder verlassen. Zur Verhütung von Selbstbeschädigung, zur Schonung von Verbänden und wegen Zerreißens mechanische Zwangsmittel; Zwangsjacke bei 1 Fr. u. 2 M. im ganzen während 32 Tage. Künstliche Ernährung mittelst Sonde bei 3 M. u. 7 Fr. 1328 mal. Ausgiebige Beschäftigung.

St. Pirminsberg (147): Bestand am 1. Jan. 1908: 226 (122 M. 104 Fr.). Zugang 107 (51 M. 56 Fr.). Abgang 98 (54 M. 44 Fr.). Bleibt Bestand 235 (119 M. 116 Fr.). Vom Zugang litten 5 M. an angeborenen Psychosen, 2 (1 M. 1 Fr.) an konstitutionellen Störungen, 79 an einfachen, erworbenen Störungen — und zwar 13 (3 M. 10 Fr.) an Melancholie, 22 (10 M. 12 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 42 (16 M. 26 Fr.) an den verschiedenen Formen der Dementia praecox, 2 Fr. an Erschöpfungspsychosen —, 1 M. an Epilepsie, 3 (1 M. 2 Fr.) an Paralyse, 2 M. an Dementia senilis, 1 Fr. an Dementia postapoplectica, 12 (10 M. 2 Fr.) an Alkoholismus, 2 Fr. nicht geisteskrank. Vom Zugang waren frische Aufnahmen 93 (43 M. 50 Fr.). Heredität bei diesen in 72 %. Krankheitsdauer vor der Aufnahme



bei den frischen Aufnahmen: bei 33 (16 M. 17 Fr.) bis 1 Monat, bei 13 (3 M. 10 Fr.) 1—3 Monate, bei 10 (6 M. 4 Fr.) 3—6, bei 9 (4 M. 5 Fr.) 6—12 Monate, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 1—2, bei 8 (3 M. 5 Fr.) 2—5, bei 12 (7 M. 5 Fr.) über 5 Jahre. Genesen und gebessert 56 (26 M. 30 Fr.); ungebessert 24 (17 M. 7 Fr.); nicht geisteskrank 2 M. Gestorben 16 (9 M. 7 Fr.). Durchschnittliche Behandlungsdauer der Genesenen 4½ Monate. Beschäftigt waren durchschnittlich 60 % (52,3 % M. 68 % Fr.), in Bettbehandlung 13,5 % (13,1 % M. 13,9 % Fr.), in Isolierung 2,2 % (1,9 % M. 2,5 % Fr.), im Dauerbad 2,5 % (3,5 % M. 1,6 % Fr.). Vom „Deckel" beim Baden bei einigen aggressiven, zerstörungssüchtigen Kranken Gebrauch gemacht. Zwangsjacke, Zwangshandschuhe, Bettgurt nicht mehr angewandt. Kolonie auf St. Margrethenberg vom 24. Mai bis 24. Okt. im Betrieb; höchster Bestand 12 Kr. 2 Wachpavillons im Bau.

Waldhaus (155): Bestand am 1. Jan. 1908: 305 (156 M. 149 Fr.). Zugang 125 (57 M. 68 Fr.), darunter 102 (47 M. 55 Fr.) frische Aufnahmen, und zwar 6 (2 M. 4 Fr.) mit angeborenen, 58 (20 M. 38 Fr.) mit idiopathischen Psychosen — 11 (1 M. 10 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein, 11 (3 M. 8 Fr.) mit Melancholie, 10 (6 M. 4 Fr.) mit Katatonie, 2 M. mit Hebephrenie, 11 (4 M. 7 Fr.) mit Dementia paranoides —, 24 (13 M. 11 Fr.) mit organischen, 4 (3 M. 1 Fr.) mit epileptischen, 8 (7 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 2 M. Zur Beobachtung 5 M. Heredität bei 55 (28 M. 27 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 19 (12 M. 7 Fr.) bis 1 Monat, bei 15 (5 M. 10 Fr.) 1—2, bei 13 (4 M. 9 Fr.) 2—6, bei 11 (3 M. 8 Fr.) 6—12, bei 12 (4 M. 8 Fr.) 1—2 Jahre, bei 11 (7 M. 4 Fr.) 2—5, bei 19 (10 M. 9 Fr.) über 5 Jahre. Geheilt und gebessert 65 (31 M. 34 Fr.), ungebessert 32 (12 M. 20 Fr.). Genesen = 20 % des Abgangs und 6 % der Verpflegten. Gestorben 32 (13 M. 19 Fr.) = 7,4 % des Gesamtbestandes. 1 Suizid. Tuberkulose bei 2 M., Krebs bei 2 Fr. Todesursache. Unter den Verstorbenen 3 Paralytiker und 10 Senile.

Königsfelden (100): Bestand am 1. Jan. 1908: 692 (301 M. 391 Fr.). Zugang 191 (83 M. 108 Fr.). Abgang 152 (58 M. 94 Fr.). Bleibt Bestand 731 (326 M. 405 Fr.). Vom Zugang waren 159 (68 M. 91 Fr.) frische Aufnahmen. Vom Zugang litten 10 (5 M. 5 Fr.) an Idiotie, Kretinismus, 4 (3 M. 1 Fr.) an konstitutioneller Geisteskrankheit, 33 (12 M. 21 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 84 (33 M. 51 Fr.) an Dementia praecox, 2 (1 M. 1 Fr.) an Paranoia, 7 (6 M. 1 Fr.) an Paralyse, 17 (3 M. 14 Fr.) an Dementia senilis, je 1 M. an Dementia postapoplectica und organica traumatica, 11 (4 M. 7 Fr.) an epileptischer Seelenstörung, 18 (11 M. 7 Fr.) an Alkoholismus. Bei 5 Paralytikern war luetische Infektion nachweisbar. Zur Beobachtung 5 M. Heredität bei 118 (43 M. 75 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 19,8 % bis 1 Monat, bei 10,5 % 2—3, bei 8,4 % 4—6, bei 4,8 % 7—12 Monate, bei 20,4 % 1—3, bei 9,4 % 3—5, bei 25,6 % über 5 Jahre, bei 1,1 % unbekannt. Geheilt und gebessert 79 (35 M. 44 Fr.); ungebessert 19 (12 M. 7 Fr.). Gestorben 54 (11 M. 43 Fr.) = 6,1 % der Verpflegten. Behandlungsdauer der Genesenen bei 70,6 % 1—3, bei 11,8 % 4—6, bei 17,6 % 7—12 Monate, Typhus war bei 4 Fr., Tuberkulose bei 1 M. u. 8 Fr., Krebs bei 4 Fr., Suizid bei 1 M. Todesursache. Eröffnung zweier neuer Pavillons für Unruhige (45 Kr.). Die bisherigen Pflegeabteilungen sollen durch Aufbau eines Stockwerks vergrößert und zu Wach-



abteilungen für Ruhige eingerichtet werden. Da Typhuserkrankungen auch nach Einrichtung von Spülklosetts sowie Verbesserung der Wasserleitung wiederkehrten, wurden sämtliche Anstaltsinsassen bakteriologisch untersucht. Resultat = 7 Bazillenträger, die jetzt von den übrigen Kranken separiert verpflegt werden.

Friedheim (163): Bestand am 1. Jan. 1907: 35 (22 M. 13 Fr.). Zugang in beiden Berichtsjahren 185 (103 M. 82 Fr.). Abgang 183 (102 M. 81 Fr.). Bleibt Bestand 37 (23 M. 14 Fr.). Krankheitsformen des Zugangs: angeborene Psychosen bei 7 (6 M. 1 Fr.), konstitutionelle Psychosen bei 15 (1 M. 14 Fr.), erworbene Psychosen bei 81 (36 M. 45 Fr.) — 34 (17 M. 17 Fr.) mit Dementia praecox, 30 (9 M. 21 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein — organische Psychosen bei 19 (15 M. 4 Fr.), epileptische Störungen bei 5 (3 M. 2 Fr.), Intoxikationspsychosen bei 43 (36 M. 7 Fr.), nicht geisteskrank 15 (6 M. 9 Fr.), Heredität bei 107 (57 M. 50 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 21 (18 M. 3 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 116 (64 M. 52 Fr.); ungebessert 42 (25 M. 17 Fr.); nicht geisteskrank 12 (4 M. 8 Fr.). Gestorben 13 (9 M. 4 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme: bei 4 (1 M. 3 Fr.) bis 1 Monat, bei 8 (2 M. 6 Fr.) 2—3, bei 4 (1 M. 3 Fr.) 4—6, bei 5 (4 M. 1 Fr.) 7—12 Monate, bei 13 (10 M. 3 Fr.) über 1 Jahr. Behandlungsdauer der Genesenen 34 (18 M. 16 Fr.) in der Anstalt: bei 1 M. bis 1 Monat, bei 16 (10 M. 6 Fr.) 2—3, bei 10 (4 M. 6 Fr.) 4—6, bei 7 (3 M. 4 Fr.) 7—12 Monate. Ratschläge an die Angehörigen — „Über das Verhalten der Angehörigen von Nerven- und Gemütskranken" — und Aufnahmebedingungen beschließen den Bericht.

Ellikon (82): Bestand am 1. Jan. 1908: 36 Kr. Zugang 77. Abgang 75. Bleibt Bestand 38. 30 Kr. litten an chronischem Alkoholismus, 6 an Alkoholismus mit Psychopathie, 3 an Alkoholismus mit Imbezillität, 8 an Delirium tremens, 1 an *Korsakoff*scher Psychose, 13 an einfacher Trunksucht, 4 an Trunksucht mit Psychopathie, 8 an Trunksucht mit Imbezillität, 2 an Trunksucht mit Verdacht auf Geisteskrankheit, 2 an Dementia praecox. 53 Aufnahmen im Alter 30—50, 4 zwischen 19 u. 25, 8 zwischen 25 u. 30, 12 zwischen 50 u. 60 Jahren. Gestorben 1, als geisteskrank entlassen 5, unrichtig eingewiesen 1, ausgewiesen 7, entwichen 4. Von den übrigen 57 Entlassenen sind 39 = 68,4 % abstinent geblieben, 4 = 7 % halten sich noch erträglich, 14 = 24,5 % rückfällig oder ohne bestimmten Bericht.

Asile de Cery (74): Zahl der Kranken am 31. Dez. 1907: 496 (254 M. 242 Fr.), aufgenommen wurden 351 (202 M. 149 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 847 (456 M. 391 Fr.). Entlassen wurden 334 (196 M. 138 Fr.). Bestand am 31. Dez. 1908: 513 (260 M. 253 Fr.). Unter den 245 zum ersten Male aufgenommenen Kranken wurde in 161 Fällen Erblichkeit nachgewiesen. Von den Männern wurden 61,9 %, von den Frauen 62,3 % beschäftigt. 80 Kranke befanden sich in Familienpflege. Von den Entlassenen waren geheilt 53 (24 M. 29 Fr.), gebessert 99 (68 M. 31 Fr.), ungeheilt 117 (71 M. 46 Fr.), es starben 64 (32 M. 32 Fr.). *Ganter.*

Préfargier (126): Bestand am 1. Jan. 1908: 130 (59 M. 71 Fr.), aufgenommen 117 (49 M. 68 Fr.), entlassen 117 (52 M. 65 Fr.), und zwar geheilt 47 (17 M. 30 Fr.), gebessert 37 (20 M. 17 Fr.), ungeheilt 17 (5 M. 12 Fr.), gestorben 16 (10 M. 6 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 247 (108 M. 139 Fr.). Bestand am 31. Dez. 1908: 130 (56 M. 74 Fr.). *Ganter.*



Meerenberg (114): Bestand am 1. Jan. 1908: 1372 (673 M. 699 Fr.). Es wurden aufgenommen 267 (121 M. 146 Fr.), entlassen 266 (124 M. 142 Fr.), davon geheilt 58 (19 M. 39 Fr.), gebessert 45 (27 M. 18 Fr.), ungeheilt 49 (26 M. 23 Fr.), gestorben 114 (52 M. 62 Fr.). Bestand am 31. Dez. 1908: 1373 (670 M. 703 Fr.). Was die Todesursachen betrifft, so starben an Allgemeinkrankheiten 17,5 %, an Krankheiten des Nervensystems 17,5 %, an Krankheiten der Atmungsorgane 41 %, der Kreislaufsorgane 14 %, der Verdauungsorgane 8 %, an Krankheiten der Haut, Lymphdrüsen, Gelenke 2 %. 4 M. u. 1 Fr. entwichen, wurden aber wieder zurückgebracht. Der Wechsel der Pfleger betrug 68 %, der der Pflegerinnen 35 %. *Ganter.*

Fort Jaco à Uccle (151): Daß das Irrenwesen in Belgien sehr im argen liegt, ist bekannt. Außer dieser Anstalt geben nur noch zwei einen Jahresbericht heraus. Der Bericht bringt eine Schilderung der modernen Irrenbehandlung, wie sie in der Anstalt durchgeführt wird. *Ganter.*

51. Jahresbericht der Generalkommission für das Irrenwesen in Schottland (142): Zahl der Geisteskranken am 1. Jan. 1909:

| | | | | Privatkranke | | | Arme Kranke | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Art der Anstalt | M. | F. | S. | M. | F. | S. | M. | F. | S. |
| In Kgl. Anstalten .. | 1670 | 1971 | 3641 | 873 | 1067 | 1940 | 797 | 904 | 1701 |
| „ Distriktanstalten . | 4955 | 4754 | 9709 | 126 | 203 | 329 | 4829 | 4551 | 9380 |
| „ Privatanstalten... | 31 | 59 | 90 | 31 | 59 | 90 | — | — | — |
| „ Gemeindeanstalten | 275 | 285 | 560 | — | — | — | 275 | 285 | 560 |
| „ Armenhäusern ... | 370 | 366 | 736 | — | — | — | 370 | 366 | 736 |
| „ Privatwohnungen | 1248 | 1697 | 2945 | 39 | 80 | 119 | 1209 | 1617 | 2826 |
| Summe.. | 8549 | 9132 | 17681 | 1069 | 1409 | 2478 | 7480 | 7723 | 15203 |
| „ der Kriminalirrenanstalt zu Perth . | 41 | 8 | 49 | — | — | — | — | — | — |
| „ den Anstalten für Schwachsinnige .. | 285 | 160 | 445 | 126 | 78 | 204 | 173 | 88 | 261 |
| Summe.. | 8735 | 9173 | 17908 | 1195 | 1487 | 2682 | 7653 | 7811 | 15464 |

Die Zahl der verpflegten Geisteskranken hat gegenüber dem vorigen Jahre um 289 zugenommen. Auf 100 000 der Bevölkerung kamen am 1. Jan. 1909: 366 Geisteskranke. Seit 1858 hat sich die Zahl der registrierten Geisteskranken um 206 %, die Zahl der Bevölkerung um 59 % vermehrt. Jener hohe Prozentsatz erklärt sich zum größten Teil durch die schnell steigende Fürsorge für die Geisteskranken. Seit 1905 ist kaum eine nennenswerte Zunahme der Geisteskranken zu bemerken.

Aufgenommen wurden 610 Privatkranke (2 mehr als im vorigen Jahr und 41 über dem Durchschnitt von 1900/04) und 2913 arme Kranke (97 weniger als im vorigen Jahr und 95 unter dem Durchschnitt von 1900/04). 358 Kranke wurden aus den Anstalten in andere übergeführt. 106 Kranke ließen sich freiwillig aufnehmen.

Geheilt entlassen wurden von den Privatkranken 234 (2 mehr als im vorigen Jahr und 18 unter dem Durchschnitt von 1900/04) und von den armen Kranken



1181 (22 weniger als im vorigen Jahr und 110 unter dem Durchschnitt von 1900/04). Ungeheilt entlassen wurden von den Privatkranken 150 (15 mehr als im vorigen Jahr und 22 über dem Durchschnitt von 1900/04) und von den armen Kranken 416 (40 mehr als im vorigen Jahr und 3 über dem Durchschnitt von 1900/04). Es starben von den Privatkranken 171 (18 weniger als im vorigen Jahr und 3 über dem Durchschnitt von 1900/04) und von den armen Kranken 1141 (48 weniger als im vorigen Jahr und 127 über dem Durchschnitt von 1900/04).

Von den wichtigsten Todesursachen seien genannt: Progressive Paralyse 199 (175 M. 24 Fr.), Epilepsie und Krämpfe 66 (53 M. 13 Fr.), Hemiplegie und Apoplexie 111 (63 M. 48 Fr.), andere Erkrankungen und Tumoren des Gehirns 92 (33 M. 59 Fr.), Erschöpfung nach Manie und Melancholie 89 (29 M. 60 Fr.), Herzkrankheiten 351 (163 M. 188 Fr.), Gefäßkrankheiten 35 (15 M. 20 Fr.), Lungentuberkulose 291 (85 M. 106 Fr.), Tuberkulose anderer Organe 48 (23 M. 25 Fr.), sonstige Lungenkrankheiten 330 (182 M. 148 Fr.), bösartige Geschwülste 57 (21 M. 36 Fr.). Einige wenige Todesfälle kamen auf Infektionskrankheiten, wie Dysenterie, Typhus, Erysipel, Septicämie.

132 Kranke wurden versuchsweise entlassen, 45 konnten zu Hause bleiben, 20 kehrten zurück, einer starb, die übrigen waren am Schlusse des Jahres noch beurlaubt.

Es entwichen 162 Kranke, bis auf 16 wurden alle zurückgebracht. Von den 16 konnten 5 als geheilt, 9 als gebessert, 2 als ungeheilt zu Hause bleiben. Die Zahl der Unfälle betrug 132, wovon 8 tödlich endeten. Unter diesen waren 3 Fälle von Selbstmord. In 2 Fällen sprangen die Kranken aus dem Fenster, in einem Falle schnitt sich der Kranke mit einem plötzlich ergriffenen Rasiermesser die Kehle durch. Außerdem wurden 2 Selbstmordversuche gemacht durch Schnitt in die Kehle und Strangulieren. Die 5 andern Todesfälle geschahen durch Fall, Knochenbrüche usw. Die sonstigen Unfälle beruhten auf Brüchen, Verrenkungen, Wunden u. dgl.

Vom Pflegepersonal traten 1031 aus (164 weniger als im vorigen Jahr), wovon 778 freiwillig.

Die Aufwendungen für die 19 Distriktsanstalten betrugen 259 757 £., auf den Kranken berechnet 27 £. 9 sh. 6 d. *Ganter.*

Am 31. Dez. 1907 befanden sich, so berichtet *Tamburini* (57), in den italienischen Irrenanstalten 45 009 Geisteskranke, dazu kamen 1433 Schwachsinnige in 20 Instituten und 1920 Geisteskranke in Familienpflege, zusammen also 48 362 Geisteskranke. 1905 zählte man 39 544 Geisteskranke, 1908: 46 442. In 33 Jahren, 1874—1908, stieg die Zahl der Geisteskranken von 12 913 auf 46 442, während die Bevölkerung nur um etwa 10 Millionen zunahm, d. h. die Zahl der Bevölkerung wuchs nur um 140 %, die der Geisteskranken aber um 360 %. Die diesen Zahlen anhaftenden Fehler sind die bekannten: bessere Diagnosen, vermehrte Aufnahmen gegen früher, geringere Sterblichkeit in der Anstalt usw. Doch ist nicht die verheerende Wirkung der Syphilis, des Alkohols, der Pellagra außer acht zu lassen.

Die Zahl der Idioten, Imbezillen, Kretinen stieg von 4482 im Jahre 1899 auf 6784 im Jahre 1907, die der Epileptiker von 3070 auf 4828, die der moral insanity



von 344 auf 1756. Alkoholisches Irresein 1895: 1227, 1907: 2271. Pellagröses Irresein 1874: 945, 1889: 1741, 1899: 2401, 1907: 1567. Senile Psychosen 1899: 785, 1907: 2401. Progressive Paralyse 1899: 788, 1907: 985. Periodisches Irresein 1899: 8619, 1907: 8010. Dementia praecox 1899: 6780, 1907: 9871. Paranoia 1899: 2589, 1907: 2689. Zwangsideen 1899: 3022, 1907: 3145.

Am 1. Jan. 1908 wurden in den Anstalten 24 744 männl. und 20 265 weibl. Geisteskranke gezählt. Bei der Idiotie, Epilepsie, Degeneration überwiegen die Männer: 7669 M. 5490 Fr. Bei den neurasthenischen Psychosen ist das Verhältnis fast gleich: 277 M. 279 Fr. Bei den periodischen Formen überwiegen die Frauen: 4411 Fr. 3599 M., bei den Involutionsformen ebenfalls: 1415 Fr. 986 M., bei der Dementia primitiva die Männer: 5156 M. 4715 Fr., bei den alkoholischen Formen die Männer: 2087 M. 182 Fr., bei der Dementia paralytica die Männer: 766 M. 219 Fr., bei der Amentia die Männer: 925 M. 835 Fr., bei dem pellagrösen Irresein 780 M. 787 Fr., bei der Dementia nach Hirnkrankheiten 780 M. 585 Fr.

Es überwiegen die Idiotie, Imbezillität und der Kretinismus in Umbrien, Neapel, Piemont, der Lombardei, die Degenerationspsychosen in Piemont, Sardinien; die epileptischen Psychosen in Umbrien, Latium, Süditalien; die Dementia paralytica in Neapel, Latium; die alkoholischen Psychosen in Piemont, Ligurien, den Marken; die periodischen Psychosen in Norditalien, Emilia, Toscana; die Dementia primitiva in den Marken, Sizilien, Sardinien, Toskana, Emilia; die Paranoia chronica in Piemont, Ligurien, Neapel, Latium; die senilen Psychosen in Sardinien, Neapel, Latium, Venetien; die Amentia in Sizilien, Neapel, Latium.

Verf. schlägt vor, bei der nächsten Zählung auch die Geisteskranken außerhalb der Anstalten zu zählen. *Ganter.*

Albanyhospital New York (119): Es handelt sich um den Pavillon für Geisteskranke im allgemeinen Krankenhause. Er wurde vor 6 Jahren erbaut und hat seitdem etwa 1400 Geisteskranken Aufnahme gewährt. Bestand am 1. Okt. 1907: 16 (5 M. 11 Fr.). Aufgenommen wurden 216 (130 M. 86 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten: 232. Entlassen wurden 217 (131 M. 86 Fr.), und zwar 14 geheilt oder gebessert, 89 ungeheilt, 14 starben. Bestand am 1. Okt. 1908: 15 (4 M. 11 Fr.). *Ganter.*

Nach *Hutschings* (28) starben 1906 im Staate New York 140 343 Menschen, davon 14 027 = 10 % an Tuberkulose. In demselben Jahr starben in den öffentlichen Irrenanstalten des Staates 2071 Kranke, wovon 345 = $16^2/_3$ % an Tuberkulose. In dem Zeitraum von 1888—1906 starben in den öffentlichen Irrenanstalten 28 106 Kranke (15 242 M. u. 12 864 Fr.), und zwar von den Männern 1463 = 9,5 %, von den Frauen 2596 = 20,1 % an Tuberkulose. Es starben also über die Hälfte mehr Frauen an Tuberkulose als Männer. Die Tuberkulosesterblichkeit bei den geisteskranken Negern ist größer als bei den Weißen. Dabei verläuft die Krankheit rascher. In der Irrenanstalt zu Tuscaloosa (Alabama) betrug 1894 und 1895 die Tuberkulosesterblichkeit bei den Weißen 27 u. 22 %, bei den Schwarzen 51 u. 39 %. Als die Schwarzen in einer besondern Anstalt zu Mt. Vernon untergebracht wurden, sank der Prozentsatz bei ihnen allmählich auf 9 %, bei den Weißen in Tuscaloosa auf 14 %.





Verf. schätzt die Zahl der in den 15 Anstalten New Yorks vorhandenen Tuberkulosefälle auf etwa 3 % bei einer Bevölkerung von 28 000 Geisteskranken. Am meisten ist sie unter den Dementen verbreitet.

Frei von Tuberkulose ist die Irrenanstalt des Staates Utah und die des Staates Nevada. Dies wird auf die Höhe (4—5000 Fuß) und darauf zurückgeführt, daß die Kranken fast das ganze Jahr täglich mehrere Stunden im Freien zubringen können. *Ganter.*

In Massachusetts wurden, nach *Stanley Abbot* (52), bei einer Bevölkerung von 3 Millionen in dem fünfjährigen Zeitraum vom 1. Okt. 1903 bis 1. Okt. 1908 im ganzen 14 770 Geisteskranke in die Irrenanstalten aufgenommen und 11 903 entlassen. Die 47 verschiedenen Diagnosen brachte Verf. unter 9 Gruppen. 1. Der ersten Gruppe, den organischen Gehirnkrankheiten (Dementia senilis, paralytica, Hirnverletzungen, Chorea) gehörten 3609 Fälle = 24,4 %, oder fast ¼ aller Aufnahmen an. 3352 Fälle dieser Gruppe wurden entlassen, = 28,1 % aller Entlassungen. Von diesen waren 88 = 2,3 % gebessert, 2762 = 82,4 % starben. 2. Dementia praecox-Gruppe: 3585 = 24,2 % aller Aufnahmen. Entlassen 2813 = 23,6 % aller Entlassungen, und zwar geheilt 106 = 3,7 %, gebessert 356 = 12,6%, es starben 1146 = 40,6 %. 3. Die manisch-depressive Gruppe (Mischmasch von manisch-depressivem Irresein, Amentia, Neurasthenie, akute Melancholie, Hysterie usw.) 2591 = 17,9 % aller Aufnahmen. Entlassen 2268 = 19 % aller Entlassungen, und zwar geheilt 1054 = 46,4 %, gebessert 308 = 13,5 %, es starben 385 = 17 %. 4. Die toxische Gruppe (Alkoholismus, Irresein bei Infektionskrankheiten, Korsakoff, Myxödem): 2150 = 14,5 % aller Aufnahmen. Entlassen 1668 = 14 % aller Entlassungen, und zwar geheilt 829 = 49,7 %, gebessert 311 = 18,6 %, es starben 277 = 16,6 %. 5. Die defektive Gruppe (Imbezillität, Psychopathie, Minderwertigkeit): 886 = 5,9 % aller Aufnahmen. Entlassen 489 = 4,1 % aller Entlassenen, und zwar geheilt (?) 3 = 0,6 %, gebessert 79 = 16,1 %, es starben 172 = 35,1 %. 6. Die epileptische Gruppe: 647 = 4,6 % aller Aufnahmen. Entlassen 456 = 3,8 % aller Entlassungen, und zwar geheilt 1 = 0,2 %, gebessert 31 = 6,8 %, es starben 277 = 60,7 %. 7. Die Involutionsgruppe: 539 = 3,6 % aller Aufnahmen. Entlassen 414 = 3,4 % aller Entlassungen, und zwar geheilt 41 = 9,9 %, gebessert 53 = 12,8 %, es starben 174 = 42 %. 8. Die Paranoiagruppe: Etwa 105 = 0,7 % aller Aufnahmen. Hier versagt die Sicherheit der Diagnose. 9. Die nichtdiagnostizierte Gruppe: 512 = 3,4 % aller Aufnahmen. Entlassen 161 = 1,6 % aller Entlassungen. *Ganter.*

In den Jahren 1894—1907 gelangten, so berichtet *Roxo* (46), 9378 Kranke in der Beobachtungsstation der Irrenanstalt zu Rio de Janeiro zur Aufnahme, davon wurden 16 % mehr als einmal aufgenommen, darunter mehr Ledige als Verheiratete. Zum zweiten Male wurden aufgenommen 1079, zum 3. Male 254, zum 4. Male 88, zum 5. Male 36, zum 6. Male 16 usw. und zum 18. Male 1. Unter den 1508 Fällen von wiederholter Aufnahme waren 547 Alkoholiker, dann waren vertreten die Hysterie mit 18 %, die Epilepsie mit 14 %, die Delirien der Degenerierten mit 5 %, die Melancholie, Manie, Dementia senilis mit je 3 %, die Verwirrtheit, Dementia praecox, Imbezillität, Paranoia, Paralyse, Neurasthenie mit je 2 %. Um die wiederholten Aufnahmen zu verhüten, schlägt Verf. vor, die betr.



Kranken in Kolonien unterzubringen, auch sollten Irrenhilfsvereine sich der entlassenen Kranken annehmen. *Ganter.*

Der brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde (67) hatte am Schluß des Rechnungsjahres 377 Mitglieder. An baren Unterstützungen wurden in 215 Fällen an 150 Personen bzw. Familien 4240,56 M. verausgabt. Anweisungen für die Familienpflege. Satzungen. Mitgliederverzeichnis. Die segensreiche Wirkung des Vereins illustriert vorzüglich der mitgeteilte Briefwechsel in Unterstützungsfällen.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (96) hatte bei einer Gesamteinnahme von 39 557,75 M. eine Gesamtausgabe von 36 175,45 M. Als Unterstützungen sind 26 071,42 M. verausgabt, und zwar an Anstaltspfleglinge, bei und nach der Entlassung sowie an Angehörige von Kranken. Reform der Generalversammlung der Vertrauensmänner in Aussicht genommen. Referat „Ludwig" und Korreferat „Römheld" zu dieser Angelegenheit.

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (128) hatte am Jahresschluß 14 268 Mitglieder. Zuwachs 1569 Mitglieder. Zweck und Ziel des Vereins wird ausführlich besprochen, über seine Wirksamkeit berichtet. Auch die Gewinnung von Pflegepersonal gehört mit zu den Zwecken des Vereins. Kurzer Bericht über die Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf in den letzten 25 Jahren, ihr Grundbesitz mit den Anstaltsbauten geht am 1. Juni 1912 an die Stadt Düsseldorf über, die Anstalt wird aufgelöst, ihre Insassen werden in andere Anstalten übergeführt. 19 266,81 M. sind als Unterstützungen an Kranke verausgabt. Mitgliederverzeichnis. Satzungen des Vereins.

Der Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern (113) hat 15 080 Fr. als Unterstützungen gewährt. Mitgliederverzeichnis. Über verschiedene Formen von Geisteskrankheit und deren Verpflegungsart berichtet der Direktor von St. Urban.

Der 4. Jahresbericht der Société genevoise de patronage des aliénés (144) gibt eine Übersicht über den Stand der 14 schweizerischen Irrenhilfsvereine und enthält populäre Vorträge über Ursachen und Bekämpfung des Irreseins.

*Ganter.*

*Boulenger* (7) will die Aufmerksamkeit der belgischen Ärzte auf die traurige Lage des belgischen Irrenwesens und der Irrenärzte hinlenken, indem er die Stimmen von *Pandy*, *Bresler* und *Näcke* anführt. Wir wissen ja, daß das belgische Irrenwesen wie ein atavistisches Überlebsel in die moderne Zeit hineinragt. Jammervoll ist die Rolle, die die Ärzte spielen. Nur ein Beispiel: der Direktor einer Anstalt verbot dem Chefarzt — die Ärzte wohnen ja außerhalb — die Schlüssel zur Anstalt. Merkwürdig ist nur, daß sich die Ärzte das alles so gefallen lassen. Da sie alle noch Privatpraxis treiben, sind sie doch nicht ganz auf das Gnadenbrot des Herrn Direktors angewiesen. Und können sie sich denn nicht organisieren! Wenn sie kein Selbstbewußtsein und keine Energie haben, werden ihnen die ausländischen Kollegen wohl nicht viel helfen können.

*Ganter.*

---





# Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

**(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)**

---

## 1. Sachregister.















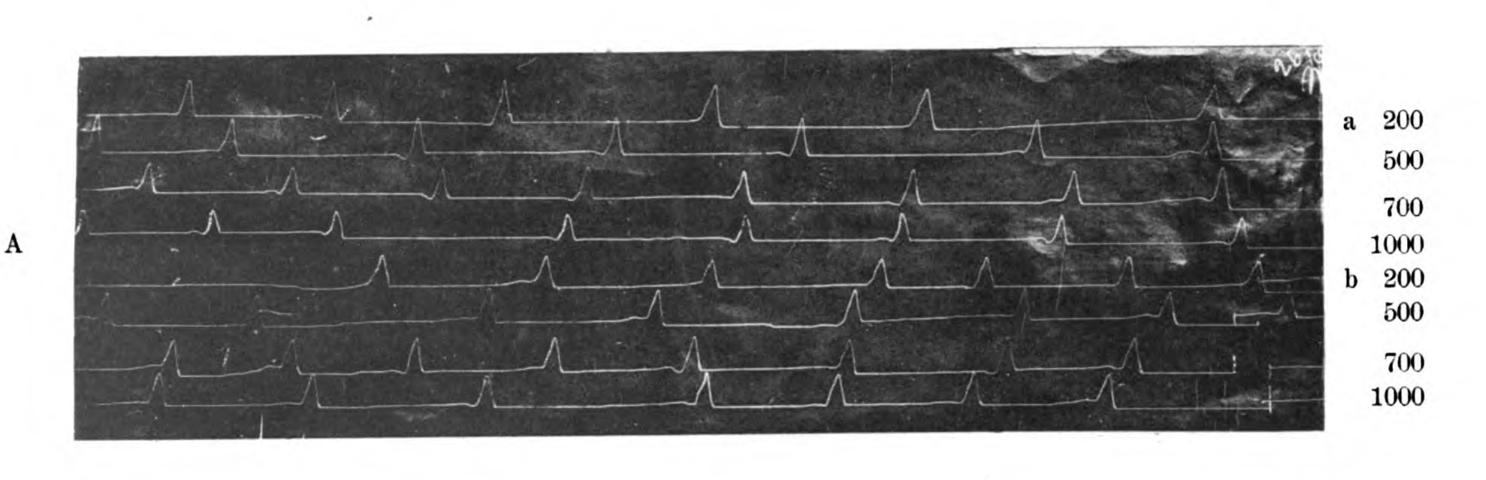


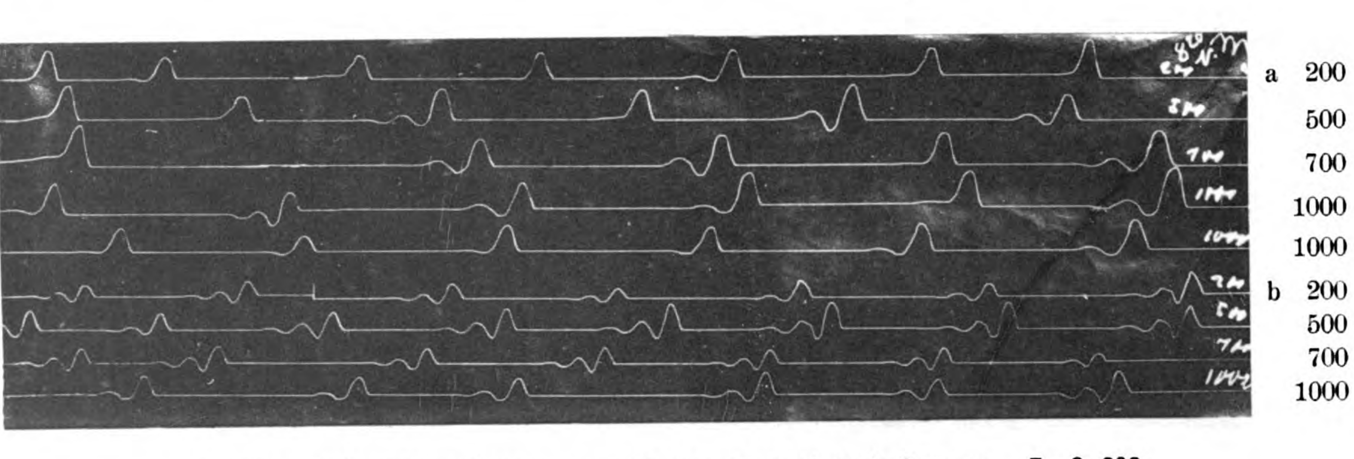




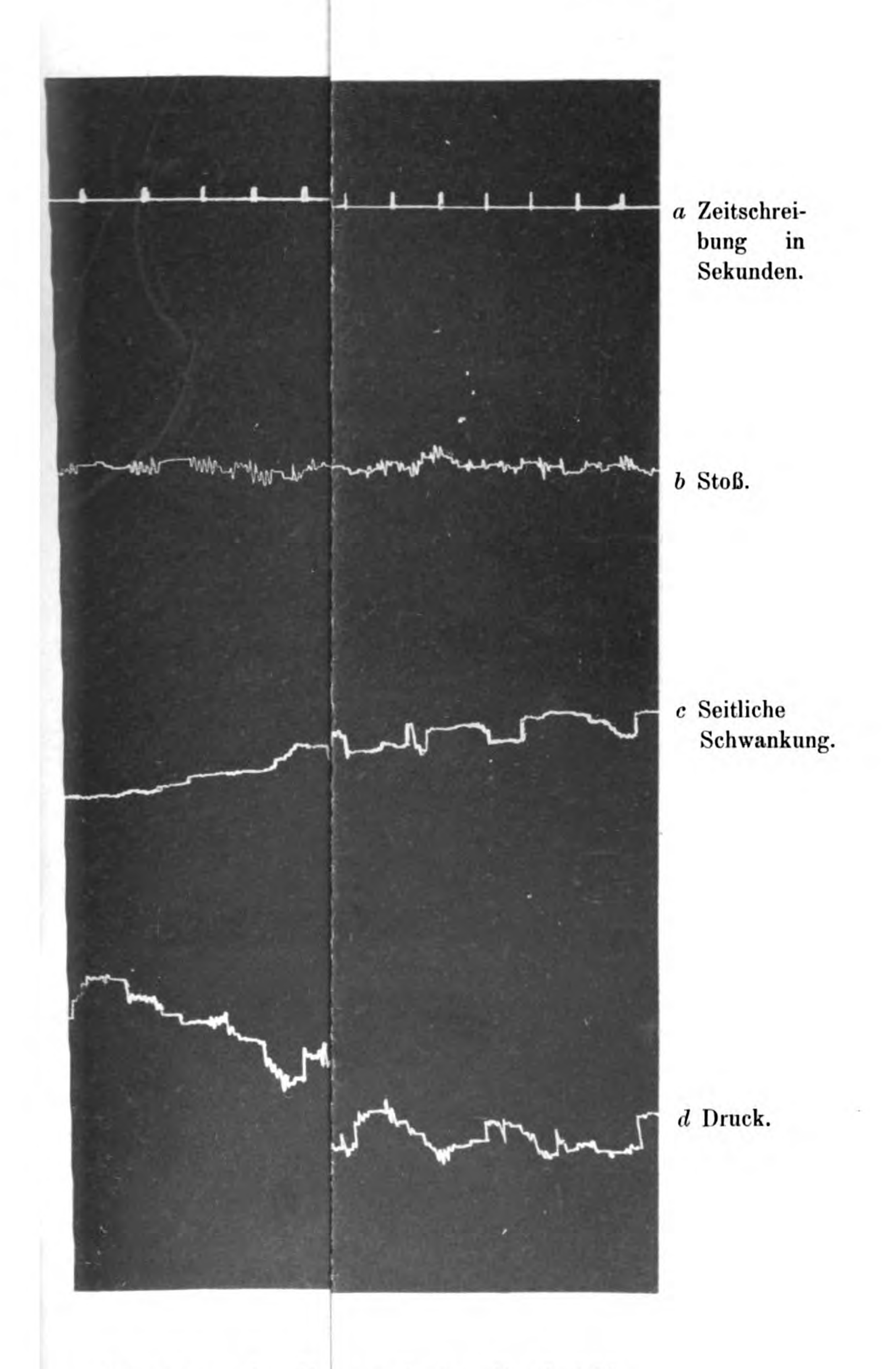
## 2. Namenregister.





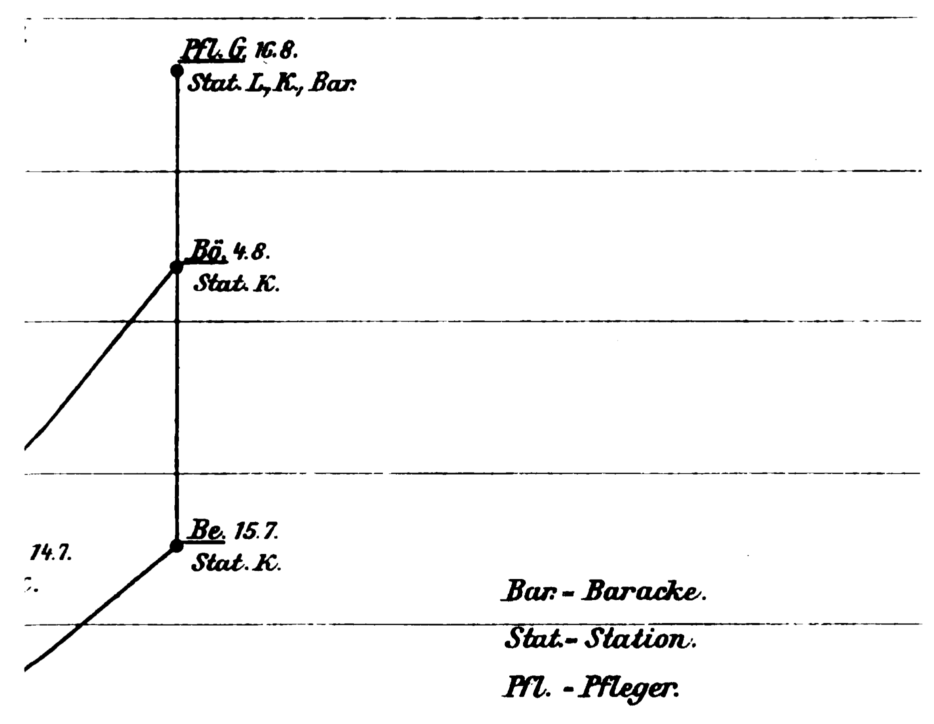



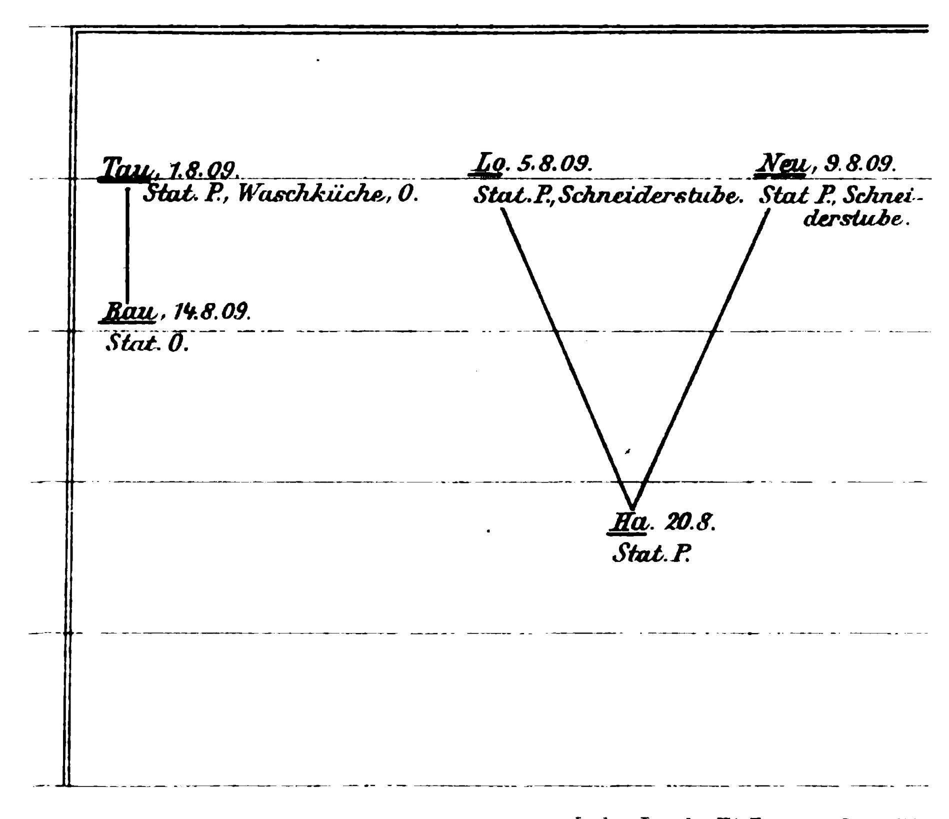

Patellarreflexkurven, aufgenommen mit dem Apparat nach Sommer. Zu S. 608.
(Die Kurven sind von rechts nach links zu lesen. Die Ausbalanzierung ist in Grammen angegeben.)




Zitterkurve der Fi[n]vergrößert). Zu S. 609.

Tafel I.




Lith. u. Druck v. E. S. Hermann, Berlin SW.





Date Due

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |